

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908

N^o 92

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 23 janvier 1908, à 4 heures.

Par **Léon LEMOUSSU**

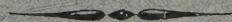
CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'OPÉRATION CÉSARIENNE TARDIVE

Président : M. PAUL BAR, professeur.

Juges : MM. MAYGRIER, BRINDEAU et JEANNIN, agrégés.



PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26

—
1908

THÈSE**POUR****LE DOCTORAT EN MÉDECINE**

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908

N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 23 janvier 1908, à 1 heure :

Par Léon LEMOUSSU

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'OPÉRATION CÉSARIENNE TARDIVE

Président : M. PAUL BAR, professeur.

Juges : MM. MAYGRIER, BRINDEAU et JEANNIN, agrégés.



PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26

1908

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen			M. LANDOUZY.
Professeurs			MM.
Anatomie.			NICOLAS.
Physiologie			CH. RICHET.
Physique médicale.			GARIEL.
Chimie organique et chimie générale.			GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.			BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.			BOUCHARD.
Pathologie médicale			DEJERINE.
Pathologie chirurgicale			BRISSAUD.
Anatomie pathologique			LANNELONGUE
Histologie.			PIERRE MARIE.
Opérations et appareils			PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.			QUENU.
Thérapeutique			POUCHET.
Hygiène			GILBERT
Médecine légale.			CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.			THOINOT.
Pathologie expérimentale et comparée.			G. BALLET
			ROGER.
			HAYEM.
Clinique médicale.			DIEULAFOY
			DEBOVE.
			LANDOUZY.
			HUTINEL.
Maladies des enfants			JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.			GAUCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.			RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.			LE DENTU.
Clinique chirurgicale.			BERGER.
			RECLUS.
			SEGOND.
Clinique ophtalmologique.			DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.			ALBARRAN.
Clinique d'accouchements			PINARD.
Clinique gynécologique			BAR.
Clinique chirurgicale infantile			POZZI.
Clinique thérapeutique			KIRMISSON.
			A. ROBIN.
MM.			Agrégés en exercice.
AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON (FERN.)	DUVAL (PIERRE)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LÉPER	RENON
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL (che
CARNOT	JEANSELME	MARION	des trav. anat.
CASTAIGNE	JOUSSET (ANDRÉ)	MORESTIN	SICARD
CLAUDE	LABBE (MARGEL)	MULON	ZIMMERN
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FIANCÉE

A MON PÈRE, A MA MÈRE

Faible témoignage de reconnaissance et d'amour filial.

A MON FRÈRE

A MA MARRAINE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR COUDERT

ANCIEN CHEF DE CLINIQUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BAR

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

AVANT-PROPOS

La thèse que nous avons l'honneur de présenter aujourd'hui nous a été inspirée par MM. les D^{rs} LEPAGE, professeur agrégé, chargé alors du service de la clinique Tarnier, et COUDERT, ancien chef de clinique à la Faculté. Qu'il nous soit permis dès le début de les remercier de l'aide qu'il nous ont apportée dans l'élaboration de ce travail, et des deux observations inédites et personnelles qu'ils ont bien voulu nous communiquer. Ces deux observations ont été le point de départ de ce travail.

Nous tenons aussi, avant d'aborder notre sujet, à adresser nos remerciements à tous ceux qui furent nos maîtres dans les hôpitaux. M. le D^r MOSNY nous initia aux premiers principes de l'art si difficile d'examiner un malade et nous donna des notions déjà solides de médecine générale ; qu'il veuille bien recevoir ici, ainsi que M. le D^r BEAUFUMÉ, alors son interne, et qui ne cessa de s'intéresser à nous, nos plus sincères remerciements. Nous eûmes la bonne fortune d'approfondir

nos connaissances sur les maladies du cœur, dans le service de M. le D^r HUCHARD. C'est à M. le professeur TERRIER, à MM. les professeurs agrégés GOSSET et MARION dont nous suivîmes pendant plusieurs mois les si intéressantes consultations de l'Hôtel-Dieu, que nous devons en grande partie ce que nous savons de chirurgie. Nous eûmes l'honneur d'être l'élève du très regretté professeur BUDIN. C'est un devoir pour nous d'adresser ici un hommage ému à sa mémoire. Nous ne saurions oublier MM. les professeurs agrégés DEMELIN et JEANNIN qui se montrèrent toujours à notre égard d'une grande bienveillance ; non plus que le D^r COMBY qui nous apprit la thérapeutique si délicate des maladies des enfants. Le D^r BECLÈRE ainsi que son chef de laboratoire M. JAUGEAS ont droit aussi à nos plus sincères remerciements.

Enfin nous prions M. le professeur BAR de bien vouloir agréer l'hommage de notre respectueuse reconnaissance pour le très grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse inaugurale.

INTRODUCTION

Quand M. le D^r Coudert auquel nous nous étions adressé à la clinique Tarnier, nous soumit pour notre thèse le sujet de l'opération césarienne tardive, la question était à l'ordre du jour. Le D^r Lepage qui avait alors la direction de la clinique de la rue d'Assas, venait de faire à ce sujet une communication très intéressante à la réunion du mois de mai de l'Académie de médecine, et publiait presque en même temps, dans le *Bulletin médical* du 29 mai 1907, un article relatif à la césarienne tardive avec plusieurs observations de succès à l'appui, cinq observations du D^r Boquel, d'Angers, et en plus trois observations personnelles. Peu de temps après, le D^r Bonnaire présentait également à l'Académie de médecine la statistique de toutes les césariennes faites dans son service de Lariboisière. A la séance de la Société d'obstétrique de juin 1907, M. le professeur Pinard commentant l'opération césarienne d'urgence pratiquée à Nantes par M. le D^r Grosse, s'exprimait en ces termes : « L'observation de M. Grosse est intéres-

sante, elle prouve que dans bien des cas on peut faire l'opération césarienne conservatrice sans la restreindre aux indications considérées comme classiques par nombre de césariens. Dans un mémoire très intéressant qu'il a lu dernièrement à l'Académie de médecine, notre collègue Lepage a rapporté un certain nombre d'opérations césariennes dont une qui était dans des conditions analogues à celles rapportées dans l'observation de M. Grosse : la paroi utérine était absolument teinte de méconium, et cela n'a pas empêché M. Lepage de recourir à l'opération césarienne avec un plein succès.

« Je dois dire qu'il y a quelque temps, j'ai poussé l'audace, presque la témérité plus loin, dans les conditions suivantes : il s'agissait d'une jeune femme en travail depuis quatre jours, avec membranes rompues depuis longtemps et dilatation incomplète, la tête n'étant pas engagée ; il y avait rétrécissement du bassin. J'eus recours à l'opération césarienne, non parce que je craignais la rupture de l'utérus, — c'était une primipare — mais parce que l'enfant perdait du méconium, que la dilatation n'était pas complète (je ne pouvais pratiquer la symphyséotomie) : c'était pour sauver l'enfant que je n'ai pas hésité à prendre la voix haute. L'enfant a été extrait, et la femme a eu des suites opératoires normales. Je crois qu'à l'heure actuelle, grâce à ces observations, les indications de l'opération césarienne s'étendent et que l'on pourra ainsi sauver un plus grand nombre de femmes et d'enfants. » Et M. le Dr Ribemont-Dessaignes ajoutait : « Les observations de M. Le-

page m'avaient beaucoup intéressé ; celle de M. Grosse, celle que vient de rapporter M. Pinard confirment l'impression que j'ai des progrès réalisés par l'opération césarienne. On n'aurait jamais osé, il y a quelques années, tenter de faire l'opération césarienne lorsque les conditions classiques (intégrité des membranes, dilatation peu avancée) n'existaient pas. »

Toutes ces communications faites à peu près en même temps sur un sujet aussi intéressant de l'obstétrique, nous intéressèrent vivement, et nous résolûmes de rechercher dans la littérature française et étrangère les observations publiées que nous pourrions faire rentrer dans ce cadre d'opération césarienne tardive. Nous avions de plus la bonne fortune de pouvoir en publier deux inédites pratiquées à la clinique Tarnier, la première par M. Lepage, la seconde par M. Coudert. Pendant quelques semaines nous cherchâmes dans toutes les revues modernes et déjà anciennes des cas se rapportant à notre sujet. A notre grand étonnement, nous pûmes trouver des observations relativement anciennes — puisque nous en possédons une de 1884 (observation XXXII) — d'opérations césariennes conservatrices pratiquées longtemps après le début du travail, avec succès tout au moins pour la mère. Nous avons réussi à grouper dans cette thèse 38 observations dont 4 de la clinique Tarnier.

Avant d'entrer dans le plein du sujet, nous ferons un très court résumé de l'histoire de la césarienne, résumé que nous emprunterons en grande partie à l'excellent traité de *La pratique de l'art des accouche-*

ments de M. le professeur Bar. Nous indiquerons ensuite ce qu'il faut entendre ou du moins ce que nous désignons par ce mot d'opération tardive. Nous ferons un chapitre de ce qui a été écrit sur le moment d'élection de l'opération césarienne ; nous pourrons voir alors en nous appuyant sur nos observations, s'il ne serait pas possible d'élargir un peu le cadre de ces indications, en examinant les causes qui occasionnèrent l'intervention tardive, et les conditions dans lesquelles elles furent pratiquées. Après un court chapitre sur la technique opératoire, nous terminerons par la valeur pronostique de cette opération.

HISTORIQUE

La section césarienne est peut-être la plus ancienne opération de l'obstétrique et même de la médecine, puisque, d'après la légende, Apollon sectionna le ventre de Coronis, déjà mise sur le bûcher, et qu'ainsi naquit le père de la médecine, Esculape.

Il est possible que la section césarienne ait été dans l'antiquité pratiquée sur la femme vivante, mais aucun document certain ne le prouve. Elle a été certainement faite souvent sur la femme morte. La *lex regia* la prescrivait et on répète que le premier des Césars naquit ainsi (ce serait l'origine du nom de section césarienne).

Il faut arriver au xvi^e siècle pour la voir pratiquée sur la femme vivante. Qui la fit le premier ? Peut-être le châtreur de porcs Jacques Nufer qui en 1500 la pratiqua sur Élisabeth Alespach, sa femme ; plutôt un de ces chirurgiens errants, dont l'histoire nous a transmis les tentatives toujours hardies, parfois heureuses.

Quoi qu'il en soit, à Rousset revient le mérite d'avoir, dans son *Traité nouveau de l'hystérotomie ou enfan-*

tement césarien (1588), attiré l'attention sur les services que peut rendre la section césarienne faite sur le vivant.

Depuis l'apparition du traité de Rousset, la section césarienne n'a cessé d'être pratiquée ; mais faite sans technique précise, dans les cas les plus défavorables et sans le secours de l'antisepsie, elle resta une opération de grande exception jusqu'à la fin du XVIII^e siècle. Ruëau seul (1704) s'en montra partisan ardent.

Quand, en 1777, Sigault eut pratiqué la symphyséotomie avec succès, et eut provoqué un si vif mouvement en faveur de la section de la symphyse, l'opération césarienne retrouva des partisans dans Simon Lauverjat et Baudelocque. Ce conflit d'opinions provoqua une controverse célèbre, celle des symphysiens et des césariens.

L'opération césarienne vraie avec conservation de l'utérus resta, pendant presque toute la durée du XIX^e siècle, jusqu'à l'avènement de la méthode antiseptique, l'opération la plus rare et la plus redoutée de l'obstétrique.

Nous aurons fait l'histoire de cette longue période quand nous aurons dit que du 27 février 1787, jour où Lavertujat pratiqua heureusement la section de l'utérus chez une femme de la rue des Petits-Champs, au 4 juillet 1886, on ne connut à Paris que des revers.

Du 21 mai 1876 date l'ère moderne de l'opération césarienne. A cette date, Porro fit pour la première fois, et avec succès, suivre l'incision utérine de l'amputation supra-vaginale de l'utérus. L'initiative de l'accoucheur

de Pavie, bénéficiant de l'antisepsie naissante, trouva des partisans heureux, et il sembla que l'opération de Porro, quoique mutilatrice, devait remplacer la vieille opération césarienne.

Mais en 1882, Säger (de Leipzig) fit un chaleureux plaidoyer en faveur de cette dernière, et en même temps Kehrer (d'Heidelberg) publiait un mémoire important sur la question. Il ne reste rien aujourd'hui des procédés de Säger et de Kehrer, mais il y aurait injustice à ne pas reconnaître l'influence de leurs travaux.

En Allemagne, la vieille section césarienne est redevenue en faveur grâce aux travaux et aux heureuses statistiques de Léopold. En France, grâce aux nombreux travaux de M. le professeur Bar qui fut le rénovateur de la césarienne, grâce aux statistiques heureuses qu'il a publiées, un mouvement se dessine en faveur de l'hystérotomie, qui prend une large place à côté et, nous le pensons, au-dessus de sa jeune rivale la symphyséotomie.

I

Que faut-il entendre par opération césarienne tardive? Si nous lisons les auteurs classiques, nous voyons que pour eux, le moment d'élection pour pratiquer la césarienne, est pour les uns (Bar) avant le début du travail; pour les autres (Léopold) au début du travail « quand la parturiente a de fortes douleurs » ; mais, condition capitale, avant la rupture de la poche des eaux. Partant de ces indications, nous pourrions définir l'opération césarienne tardive, *l'opération pratiquée plusieurs heures (12 heures au minimum dans nos observations) après le début du travail, que les membranes soient intactes ou rompues.*

L'opération sera considérée comme d'autant plus tardive quand les deux facteurs, — rupture de la poche des eaux et longueur du travail — se trouveront réunis, comme cela sera le cas dans la plupart de nos observations.

L'état de la poche des eaux au moment de l'interven-

tion nous permettra de classer nos observations en deux catégories :

1° La poche des eaux est intacte (observations I, II et six dernières).

2° Les membranes sont rompues. Cette deuxième catégorie de beaucoup la plus importante par le nombre des observations qui s'y rattachent (30 observations) et par suite des conclusions qu'elle nous permettra de tirer, les femmes se trouvant alors dans les plus mauvaises conditions.

Après M. Lepage, qui, croyons-nous, fut le premier à la désigner sous ce nom, nous avons préféré la dénomination d'opération tardive au terme d'opération d'urgence, que lui avaient donné nombre d'accoucheurs s'étant occupés de la question. Car si les opérations d'urgence furent des opérations tardives, par contre toutes les opérations tardives que nous rapportons ne furent pas toutes des opérations d'urgence, tout ayant été préparé à l'avance en vue d'une intervention, et réglé avec méthode, la décision d'intervenir tardivement, — et nous en indiquerons plus tard les raisons — ayant été prise bien avant le début du travail.

Nous avons laissé de côté les observations de césariennes pratiquées *in extremis*, les considérant comme devant plutôt se rapprocher des opérations faites sur femmes mortes, et nous ne nous sommes occupé que de celles pratiquées sur des sujets qui bien que se trouvant dans de mauvaises conditions, n'étaient pas fatalement voués à la mort.

II

L'opération césarienne a cessé par bonheur d'être l'intervention cruelle et inhumaine du moyen âge, pour devenir une des opérations obstétricales de pratique ordinaire dont les indications augmentent proportionnellement avec la diminution de ses dangers. Au point de vue de ses indications, les plus fréquentes sont les rétrécissements du bassin d'origine rachitique, ostéomalacique ou causés par des néoplasmes qui obstruent le bassin. Les autres indications, telles que la rigidité du col utérin, l'atrésie vaginale, etc., sont beaucoup plus rares, et quelques-unes d'entre elles discutables. Il est donc classique de diviser les indications de la césarienne, suivant qu'elles prêtent ou non à la discussion, en indications absolues et en indications relatives.

Indications absolues. — On dit que l'indication est absolue chaque fois que le fœtus ne peut pas sortir par les voies naturelles, par aucune intervention obstétricale, même l'embryotomie. Quelques opérateurs comme Léopold acceptent comme tels les cas de diamètre

utile au-dessous de 6 centimètres ; quelques autres au-dessous de 5 centimètres. Ces chiffres sont admis par la majorité des auteurs. Toutefois Budin fait remarquer que la basiotripsie est encore possible avec un promontopubien minimum de 4 cm. 1/2 et même de 3 cm. 1/2. Une telle intervention est forcément difficile à mener à bien, car dans tous les cas de grand rétrécissement du bassin, l'embryotomie est autant ou plus dangereuse pour la mère que l'opération césarienne. D'ailleurs le maître conclut-il lui-même : « L'indication absolue de la césarienne dans les rétrécissements du bassin est réalisée en fait, sinon au sens propre du mot, quand on ne peut recourir à la basiotripsie sans faire courir à la mère des risques plus grands qu'avec la césarienne elle-même. »

En outre des rétrécissements du bassin par rachitisme, sont causes d'indication absolue : les tumeurs implantées sur le col utérin ou sur les parois du bassin qui rendent impossible l'extraction du fœtus même broyé par les voies naturelles. Tel le cas rapporté par Tarnier en 1887 et où un fibrome occupait la face postérieure de l'utérus, et débordait largement dans le vagin. Quand ces tumeurs occupent le segment inférieur, sont volumineuses et interstitielles, partant peu mobilisables et peu susceptibles de subir un mouvement d'ascension, elles indiquent formellement la section césarienne. On en peut dire autant des kystes ovariens plongeants que l'on ne peut ni refouler, ni inciser, ni ponctionner.

Il suffit de citer en passant les tumeurs du rectum,

de la vessie, les fibromes et les cancers des parties molles de l'excavation qui ont pu parfois entraver complètement la marche de l'accouchement.

Dans tous ces cas, la césarienne seule peut être tentée.

Indications relatives. — A côté de ces indications absolues, se placent les indications relatives, c'est-à-dire les cas où l'accoucheur se trouve avoir le choix entre plusieurs interventions : pratiquer la césarienne s'il ne vise que l'intérêt de l'enfant ; la symphyséotomie, l'accouchement provoqué, la basiotripsie même s'il ne tient compte que de l'intérêt de la mère. Ces indications relatives sont constituées par les viciations pelviennes, la rigidité du col par cicatrices, etc.

Au congrès d'Amsterdam, en 1899, Léopold a précisé les indications relatives de la césarienne au point de vue des rétrécissements du bassin, et se comporte différemment suivant qu'il se trouve en présence d'une primipare ou d'une multipare.

Chez les primipares, alors même que le conjugué vrai est supérieur à 7 centimètres et à 7 cm. 5 il a recours à la césarienne toutes les fois que la tête ne s'engage pas ou s'engage mal.

Chez les multipares, il pratique seulement la césarienne quand le conjugué vrai tombe au-dessous de 7 cm. 5. Au-dessus de 7 cm. 5 il n'emploie cette intervention que dans les cas où la tête ne s'engage pas, et où la tétanisation de l'utérus rend la version dangereuse.

Pour M. le professeur Bar, avec un diamètre minimum allant de 81 à 90 millimètres, on doit tenter la

version. De 71 à 80 millimètres, il convient de préférer les interventions sanglantes.

Mais là ne s'arrêtent pas les conditions requises pour avoir le droit de pratiquer la césarienne. Ces indications, pourrait-on dire, concernent l'impossibilité qu'il y a de pouvoir faire sortir le fœtus par les voies naturelles ; mais il en est d'autres relatives à la mère, à l'enfant et à l'œuf lui-même.

Pour Léopold, il y a contre-indication à l'opération césarienne, chaque fois que la femme est en travail depuis un certain temps, que les membranes sont rompues, ou bien lorsqu'on n'a pas la conviction que le vagin n'est pas habité par le gonocoque. C'est en partie pour se mettre à l'abri de ces causes d'insuccès que M. le professeur Bar est d'avis de ne pas attendre que la femme soit en travail, et d'intervenir dans les derniers jours de la grossesse : « Il a semblé à Bar, que le moment le plus favorable devait être avant le début du travail, à un moment où le col étant encore occlus, l'infection de l'œuf ne pouvait exister. D'autre part il a pensé qu'en pratiquant l'opération à date fixe, aussi tard que possible, mais avant le début du travail, on évitait d'opérer à un moment incommode. » (*La Pratique de l'art des accouchements.*)

Si ces auteurs proscrivent la césarienne quand la mère est épuisée par un long travail, ils la rejettent aussi quand l'enfant est en état de souffrance : « Si l'écoulement du méconium, le ralentissement, l'irrégularité et la faiblesse des battements du cœur me font penser que l'enfant souffre, je préfère m'abstenir de la

symphyséotomie et à plus forte raison de la césarienne. » (Bar). De là à l'embryotomie, il n'y a qu'un pas : « Pour moi, je fais l'embryotomie sur l'enfant vivant s'il m'est démontré qu'il ne peut être extrait par une application de forceps ou après une version et qu'il souffre, si la mère est dans des conditions défectueuses pour subir la section césarienne ou la symphyséotomie. » (Bar).

Nous aurons à voir par la suite si ces conclusions de M. Bar au sujet de l'embryotomie ne sont pas un peu trop exclusives, et nous citerons des observations où, bien que la mère se trouvant dans des conditions défectueuses, et le fœtus souffrant, on réussit, par une opération césarienne à les sauver l'un et l'autre.

Ces auteurs ont eu grandement raison, pour montrer son inocuité relative, de limiter ainsi le champ de l'opération césarienne et de ne l'entreprendre qu'avec une quasi-certitude de succès ; toutefois on peut se demander, en se basant justement sur les résultats obtenus par eux, s'ils n'ont pas un peu exagéré les contre-indications de l'opération césarienne, et si cette intervention ne peut pas être pratiquée avec grande chance de succès dans des conditions en apparence beaucoup moins favorables que celles exigées par la plupart des opérateurs. C'est ce que nous essaierons de montrer en nous basant sur nos observations.

III

En analysant les diverses observations qui font le sujet de notre thèse, nous croyons pouvoir distinguer quatre principales causes d'intervention tardive :

1° L'accouchement ne peut se produire par suite d'une angustie considérable du bassin ;

2° Tentatives infructueuses de version, forceps, embryotomie ;

3° Imperméabilité ou insuffisance de dilatation du col par suite de tumeurs, cicatrices, etc. Contracture de l'anneau de Bandl : menaces de rupture de l'utérus.

4° L'accouchement spontané que l'on avait espéré ne se produit pas.

1°. — Ils emble au premier abord qu'un accoucheur ne puisse guère avoir l'occasion d'intervenir tardivement chez une femme présentant de par son rétrécissement extrême du bassin, des indications absolues d'opération césarienne. Sans doute dans les villes où les femmes viennent en général se faire examiner à l'hôpital et même recevoir quelques jours ou quelques semaines

avant l'époque présumée de leur accouchement, ces cas ne se présenteront pas ; elles seront étroitement surveillées, d'autant plus qu'on connaîtra leur cas de dystocie, et on interviendra avant ou au début du travail. Mais à la campagne, les choses se passent tout différemment, et telles parturientes (observations XXVII, XXVIII, XXXVII), quoique se sachant mal conformées, négligeront par incurie ou pour tout autre motif d'aller se faire examiner, de demander des conseils, et resteront plusieurs heures, plusieurs jours même dans les douleurs de l'enfantement, espérant qu'un accouchement spontané finira par se produire. D'ailleurs toutes les opérations se présentant dans de telles conditions se sont passées à la campagne. Nous voyons des femmes avec des bassins de 5, 4 1/2 et même 3 centimètres attendant, mais en vain bien entendu, pendant trois, quatre ou cinq jours la fin de l'accouchement, et ne se résignant qu'à ce moment à faire appeler un médecin.

2°. — Dans une seconde catégorie, nous pouvons ranger les observations où l'on essaya différentes manœuvres : version (observation XXXII), forceps (observations VIII, X, XI) et qui ne donnèrent aucun résultat. Dans un cas (observation XXXII), on tenta l'embryotomie, l'enfant ayant succombé à la suite de procidence du cordon la manœuvre échoua, la tête restant très élevée et difficilement accessible ; l'enfant était mort naturellement ; mais la mère guérit, et dans tous ces cas, après ces tentatives infructueuses, on recourut à l'opération césarienne conservatrice.

3°. — Que le col, par suite de lésions apparentes ou

cachées, par suite d'œdème, de cicatrices récentes ou anciennes, du voisinage de tumeurs, ne puisse suffisamment se dilater; que par ailleurs la femme ou l'enfant souffrent, il ne peut pas être question de forceps, de symphyséotomie par suite de l'état du col, et la seule ressource qui se présente est l'opération césarienne. C'est ainsi que dans les observations I, XXVI, XXXV, nous voyons les opérateurs intervenir cinquante et une heures, sept jours et quatre jours après le début du travail.

4°. — Quand l'accoucheur se trouve en présence d'un bassin très rétréci, avec un promonto-pubien de moins de 5 centimètres, sa ligne de conduite est toute tracée: la césarienne s'impose. Mais qu'il soit en présence d'un *bassin limite* avec une tête qu'il délimite mal, qui s'engage plus ou moins bien, et le pronostic de la terminaison de l'accouchement devient des plus difficiles à établir. Budin rappelait dans une de ses cliniques l'apophtegme de Dubois et de Credé reproduit par Mathews Duncan et qui « conseillent d'attendre principalement dans le premier accouchement, même si le bassin est considérablement rétréci pour voir ce que les forces naturelles sont capables d'effectuer : l'utilité de ce conseil est démontrée par des faits d'accouchements spontanés, entre les mains d'accoucheurs instruits et expérimentés, alors qu'on s'attendait à être obligé de pratiquer l'opération césarienne et que tout était préparé pour cela ». A plus forte raison, pourrions-nous en dire autant des bassins limites. Car s'il est une question complexe, c'est bien de savoir si une tête dont on con-

naît mal les diamètres, le degré d'ossification, pourra passer par un bassin que l'on ne connaît guère mieux. Et c'est ainsi que l'on a été amené dans plusieurs de nos observations à pratiquer la césarienne après avoir attendu vainement un accouchement spontané. S'il est inutile de différer, s'il est avantageux d'opérer au début du travail quand du fait de l'extrême viciation, l'opération s'impose *à priori*, il peut être au contraire avantageux d'attendre dans les cas intermédiaires, dans les cas limites, et cette conduite s'explique, car à côté de ces césariennes qu'on fait, il en est d'autres qu'on ne fait pas, et il est légitime de laisser à la mère les chances d'un accouchement spontané. Nous avons encore présent à la mémoire le cas de cette femme entrée à la clinique Tarnier au mois de juin dernier avec un bassin légèrement rétréci et qui après quarante-huit heures de travail accoucha spontanément d'un enfant vivant, quelques heures avant le moment choisi pour faire la césarienne si le travail n'avancait pas. Elle avait donc largement bénéficié de cette sage attente, l'opération césarienne ayant été ainsi évitée. Plusieurs autres cas de ce genre ont été publiés, et Bréau dans sa thèse de Paris, 1905, cite cinq observations d'accouchements par les voies naturelles chez des femmes ayant un bassin rétréci, en observation pour opération césarienne possible, avec cinq heureux résultats pour les mères et quatre enfants vivants.

Si nous avons pu d'une manière un peu fictive classer nos observations en quatre catégories, il nous reste maintenant avant d'en constater les résultats à indiquer

les conditions dans lesquelles elles furent pratiquées, conditions, disons-le de suite qui pour les classiques auraient paru déplorables. De par le sujet même de cette thèse, elles furent toutes pratiquées longtemps après le début du travail. Nous rapportons trente cas d'opérations pratiquées après la rupture des membranes, le temps entre la rupture et l'intervention variant de quelques heures à sept jours (observation XIV). Or nous savons que la rupture des membranes contre indique formellement pour les classiques l'opération césarienne, à cause des risques d'infection : « Dans ces conditions, dit M. le professeur Bar, ne faites jamais une hystérotomie destinée à infecter sûrement une femme qui succombera : la symphyséotomie moins dangereuse dans ses suites immédiates, pourra peut-être dans certaines conditions de milieu être tentée, mais cette suprême ressource est très souvent à rejeter, et il reste un nombre de cas fort notable dans lesquels il faudra pratiquer l'embryotomie sur l'enfant vivant. » L'infection est donc considérée ici comme le seul danger réel et intervient seule pour empêcher l'opération qui sauverait l'enfant de l'embryotomie. Mais dans ces cas la possibilité d'infection est une hypothèse un peu gratuite, et d'un autre côté une infection étant à l'état de possibilité, il y a peu de chances que la mère coure beaucoup de risques d'aggravation du fait de cette opération si celle-ci est faite méthodiquement. Dans nos observations, l'opération fut faite chez des femmes présentant une température de 38°, 38°,5 et 100 et 110 pulsations sans qu'il en soit résulté le moindre inconvé-

nient dans la suite. Sans doute nous conseillerons la plus grande prudence dans ces cas de légère élévation de la température ; nous sommes heureux cependant de faire constater que des opérateurs assez audacieux ne reculèrent pas malgré cette hyperthermie légère à faire la césarienne conservatrice pour le plus grand profit de la mère et de l'enfant.

De plus nous la voyons pratiquée chez des femmes fatiguées, épuisées par un long travail, ayant subi au préalable de vaines tentatives de version, forceps, manœuvres faites avec tous les soins de propreté possible sans doute, mais qui paraissaient mettre la femme dans des conditions plus déplorables encore.

« Les meilleures conditions de réussite, écrit M. Demelin, sont réunies quand on opère peu de temps avant ou peu de temps après le début du travail. Il est très favorable aussi que les membranes ne soient pas rompues. Cependant il n'est pas rare d'observer des succès lorsque l'opération a été commencée plusieurs heures et même plusieurs jours après le début du travail et la rupture prématurée des membranes. Dans quelques cas plus curieux encore, la guérison de la femme fut obtenue malgré de vaines tentatives de forceps, de version, de craniotomie faites avant la section césarienne. »

Dans une de nos observation (XXIII), la mère fut amenée à la clinique épuisée par six jours de travail, les membranes rompues depuis deux jours et présentant de plus tous les signes de gonorrhée ancienne : pertes vertes, granulations et ulcérations vaginales, etc.

Antipas n'en pratiqua pas moins l'opération césarienne. A l'ouverture de l'utérus, le champ opératoire se trouva souillé de méconium. C'était une grossesse gémellaire ; l'y eut un enfant vivant, l'autre étant mort avant l'opération. La mère guérit. Sans doute dans ce cas l'audace du chirurgien nous semble un peu grande ; néanmoins nous sommes heureux de pouvoir le citer pour montrer que même dans ces circonstances désastreuses, il n'en obtint pas moins un bon résultat. A l'ouverture de l'utérus, le champ se trouva souillé de méconium : souffrance du fœtus ; peut-être provenait-il du fœtus mort ; mais nous voyons relatées dans bon nombre * d'autres observations l'irrégularité, la faiblesse, la diminution des bruits du cœur de l'enfant, la présence de méconium, signes qui n'empêchèrent pas de pratiquer la césarienne et le fœtus né en état de mort apparente fut ranimé au bout de quelques minutes, et s'éleva parfaitement bien dans la suite.

Quant aux conditions de milieu, il est infiniment préférable d'intervenir dans une salle d'opération parfaitement aménagée où les impedimenta du hasard se trouvent ainsi presque réduits à zéro, avec un arsenal chirurgical des mieux garnis. La question de l'opérateur joue également un rôle capital ainsi d'ailleurs que celle de l'aide qui, au moment de l'ouverture de l'utérus, aura pour mission et de faire l'hémostase en comprimant d'une main la partie inférieure de l'utérus, et d'empêcher de l'autre la sortie de l'intestin. Il est de toute évidence qu'un accoucheur de profession, avec sa grande expérience et sa pratique continuelle de ces genres

d'opérations, aura toutes les chances de mener à bien de telles interventions. Nous avons été frappés néanmoins de constater les suites heureuses d'opérations tardives pratiquées à la campagne avec un arsenal chirurgical des plus réduits, dans les chaumières les plus primitives par des praticiens distingués, instruits et habiles sans aucun doute, mais qui pour la plupart malgré tout devaient manquer de l'expérience et de l'habileté consommée de chirurgiens de profession. Nous avons trouvé une observation d'opération césarienne tardive pratiquée à la campagne, avec succès pour la mère, par Périgault et Laumonnier, en 1884. Cette observation d'autant plus curieuse qu'elle date de 1884, — époque à laquelle à Paris on ne connaissait que des revers, — fut pratiquée après tentatives d'embryotomie un jour après le début du travail et dix-neuf heures après la rupture des membranes, et nous transcrivons ici les curieuses remarques qui la suivent : « Nous avons encore trop bien présentes à l'esprit les leçons de l'excellent professeur Pajot, pour ne pas admettre qu'à Paris, il n'y ait pas lieu de tenter cette opération, puisque les femmes en meurent toujours. D'une manière générale elle doit être évitée dans une ville », et plus loin : « La campagne, à cause de son air pur et vivifiant, est éminemment favorable au traitement de toutes les plaies. Il faut bien le dire, dans les hôpitaux ou la clientèle civile des grandes villes, il est facile de tout pratiquer méthodiquement *secundum artem* ; on fait magistralement une belle opération et l'autopsie consécutive se fait non moins magistralement. A la cam-

pagne, au contraire, il y a un manuel opératoire parfois troublé par des incidents qui sortent du domaine classique; mais on sauve les patients dans une proportion bien autrement réjouissante: l'anatomie pathologique ne peut que bien rarement s'y développer. » Sans doute, ces réflexions et ces boutades nous font maintenant sourire, aujourd'hui que l'asepsie et l'antisepsie sont venues permettre de pratiquer dans les villes presque impunément les opérations les plus graves; mais il faut bien convenir que « l'air pur et vivifiant de la campagne » est d'un précieux secours dans les aménagements précaires de salles d'opérations improvisées dans les plus pauvres chaumières.

Nous citons également (observation XXVII) une opération d'urgence pratiquée en 1896 aux environs d'Avranches par le D^r Béchet, avec succès pour la mère et l'enfant. Nous la reproduisons en entier avec d'autant plus de plaisir que nous avons l'honneur de connaître les distingués opérateurs qui la pratiquèrent, qu'elle fut faite dans notre pays natal, et qu'elle est un tableau vivant des difficultés auxquelles se trouvent en butte les praticiens de campagne. Nous avons eu l'occasion de voir dernièrement la femme qui en fut le sujet: elle est toujours en excellente santé et sa fille a maintenant onze ans et est bien constituée. Nous citerons encore cette réflexion du D^r Laurent (observation XXXVII) qui, ayant pratiqué avec succès pour la mère et l'enfant une césarienne chez une femme en travail depuis cinq jours avec une température de 38°,4 et un pouls à 110, écrit: « En somme, plein succès

qui tient un peu du merveilleux, si l'on envisage les conditions lamentables dans lesquelles se trouvait cette femme.»

Ailleurs le Dr Forster (observation XXVIII) après une césarienne faite chez une parturiente en travail depuis huit jours, et quelques jours après la rupture de la poche des eaux : « Au moment de terminer la relation de cette observation, je dois dire à ceux de mes confrères qui comme moi exercent à la campagne, que si je m'en rapporte aux impressions que j'ai éprouvées moi-même il ne faut pas redouter (eu égard aux précautions antiseptiques qui sont aujourd'hui d'un usage courant) cette grosse opération qu'on appelle l'opération césarienne. Chacun de nous doit pouvoir, je dirai doit la faire, pour ainsi dire au pied levé. Pour ce qui me concerne, elle ne m'effraie plus ; et dans toutes les circonstances où une intervention d'une gravité semblable s'imposera, je lui donnerai certainement le pas sur la céphalotripsie. Pour moi les chances de mortalité ne sont pas plus élevées, l'opération n'est pas plus longue ni plus difficile ; et en pratiquant l'opération césarienne nous avons au moins la satisfaction de conserver des enfants que généralement on sacrifie d'une manière un peu trop hâtive.

« En publiant cette observation, j'ai voulu montrer combien, en obstétrique, l'application rigoureuse de la méthode antiseptique rend l'intervention chirurgicale peu dangereuse, montrer aussi combien, avec les ressources bien modestes que nous trouvons dans notre milieu campagnard, il est possible de parer très suffi-

samment aux obligations et aux indications qui peuvent surgir d'un moment à l'autre, encourager enfin mes confrères à pratiquer sans hésitation une opération grave, il est vrai, mais qui peut nous être commandée d'urgence, et la pratiquer avec les plus grandes chances de succès quand elle est faite sans précipitation et en prenant les précautions de propreté et d'antisepsie dont nous ne devons jamais nous départir dans la moindre section des tissus. » *Bulletin médical des Vosges*, juillet 1894).

Sans doute la plupart de ces observations auraient semblé justiciables du Porro ; mais, et nous avons surtout en vue les opérations pratiquées à la clinique Tarnier, on n'a pas cependant agi à la légère en intervenant de la sorte, dans les conditions en apparence les plus mauvaises. M. Lepage avait souvent cité le cas de son ami le Dr Témoin (de Bourges) qui, appelé en 1877, en pleine campagne, pour terminer un accouchement qui durait depuis trois jours, n'hésita pas avec sa simple trousse, à pratiquer la césarienne conservatrice et eut un heureux résultat pour la mère. Les succès obtenus par le professeur Boquel (d'Angers) l'encouragèrent dans cette voie, et c'est ainsi qu'il a réuni quatre observations personnelles avec heureux résultats pour les mères et les enfants.

Toutefois on s'abstiendra de l'opération césarienne conservatrice lorsqu'on constatera une infection utérine marquée avec grosse élévation de température, frissonnements, fétidité des liquides. En outre, lorsqu'on aura pratiqué une césarienne conservatrice dans ces condi-

tions, on devra, pendant l'opération ou pendant les jours qui suivent l'opération, se tenir prêt à recourir à l'ablation de l'utérus.

Si l'on peut faire admettre un jour la notion de césarienne tardive, l'embryotomie sur l'enfant vivant aura presque définitivement vécu. Après une leçon faite sur l'embryotomie sur enfant vivant, le professeur Budin concluait : « Peut-être pourra-t-on en présence de statistiques opératoires qui s'améliorent, étendre les limites dans lesquelles nous pratiquons actuellement la section césarienne : c'est du moins l'opinion de Boquel, d'Angers », et nous pouvons ajouter maintenant de plusieurs autres accoucheurs dont nous avons eu occasion de citer les réflexions au cours de ce sujet. Peut-être aussi en retirera-t-on qu'il y aura moins de césariennes à faire que par le passé.

Aujourd'hui l'accoucheur est forcé d'agir dès le début du travail ou même avant. Si l'on admet qu'il n'y a pas de gros inconvénients à laisser pour quelques heures le travail suivre son cours, on aura parfois l'heureuse surprise de voir l'accouchement se faire de lui-même.

En résumé, nous croyons la césarienne tardive logique, possible, appelée à sauver bien des enfants sans compromettre la vie de la mère. Sans doute les opérations au début du travail lui seront toujours préférables ; mais en attendant le jour où l'évolution de toute grossesse sera surveillée avec soin, où les maternités seront assez répandues pour que les plus pauvres et les plus

honteuses puissent se faire examiner et se faire hospitaliser quand il en est temps, elle demeure dans bien des cas la seule ressource quand on ne veut pas en venir à l'embryotomie.

IV

Que l'on ait affaire à une césarienne à terme ou à une césarienne tardive, la façon d'opérer diffère peu. On usera seulement dans le second cas de plus de précaution s'il est possible, et *l'on veillera avec le plus grand soin à ce que le liquide amniotique et le méconium ne viennent pas au contact du péritoine.*

L'incision de la paroi abdominale aura environ 18 centimètres, la plus grande moitié devant se trouver au-dessus de l'ombilic, de sorte que l'incision ne descende pas en bas trop près de la symphyse. Le globe utérin, mis à nu, est énucléé, extériorisé, ramené dans le plan antéro-postérieur, entouré de grandes compresses qui l'isolent autant que possible du reste de la cavité péritonéale et refoulent les anses d'intestin grêle trop sujettes à se montrer à l'angle supérieur de la plaie. Ce temps de l'extériorisation de l'utérus est recommandé et doit même toujours être pratiqué dans le cas de césarienne tardive dans le but d'éviter plus sûre-

ment l'infection si le champ opératoire se trouvait souillé de liquide amniotique.

Une injection de 1 centimètre cube d'ergotine est faite avant l'incision de l'utérus. Ponction de la paroi utérine au bistouri, permettant de mettre au jour le contenu de la cavité utérine. Une fois les membranes ou le placenta découverts, les ciseaux font le reste en agissant de bas en haut d'abord, de haut en bas ensuite, en ayant soin, comme le fait remarquer M. Brindeau, « de se rappeler, si on est obligé d'opérer pendant le travail, que le segment inférieur remonte généralement plus haut que pendant la grossesse, et inciser par conséquent le plus près possible du fond de l'utérus. »

Le placenta peut alors se présenter tout d'abord aux yeux de l'opérateur. On pratique dans sa masse une nouvelle incision, et l'on fait encore 1 centimètre cube d'ergotine si l'hémorragie est trop abondante.

Le fœtus ainsi mis à nu est saisi par les pieds, rapidement extrait. Sur la tête restée dernière, on fait une ébauche de la manœuvre de Mauriceau. Les choses vont ainsi très vite, sans à-coup ni perte de temps, le diagnostic de la position permettant d'aller tout de suite à la recherche des pieds.

L'enfant une fois extrait est confié à des aides, après section du cordon entre deux pinces. Il ne reste plus alors qu'à procéder à l'extraction du placenta et des membranes.

Ceci fait, pendant que l'aide saisit à deux mains les tranches de la plaie utérine, l'opérateur renouvelle les compresses protectrices placées autour de l'utérus, tam-

ponne la cavité de cet organe à l'aide d'une longue mèche de gaze iodoformée, dont un des chefs vient affleurer l'orifice du col, et se prépare à suturer la paroi utérine.

Cette suture est toujours faite avec le plus grand soin, en deux plans : l'un profond, l'autre superficiel.

Le plan profond, au catgut fort ou à la soie n° 2, sera fait au moyen d'une grande aiguille d'Emmet ou de Doyen et comprendra toute l'épaisseur du muscle, muqueuse comprise, les points partant d'un côté à 1 centimètre de la ligne d'incision pour aller de l'autre sortir également à 1 centimètre.

Le plan superficiel, au catgut fin, comprenant le péritoine et une partie du muscle utérin, achève l'affrontement, et nécessite d'ordinaire sept ou huit points séparés, intermédiaires aux points profonds.

Les compresses d'isolement étant enlevées, on procède à une toilette sérieuse du péritoine à l'aide de compresses stérilisées. On vérifie une dernière fois l'état de l'utérus et de la suture utérine avant de le rentrer dans l'abdomen. Au besoin nouvelle injection d'ergotine.

La paroi est ensuite suturée en trois plans, après mise en place d'un drain dans le cul-de-sac vésico-utérin : surjet péritonéal au catgut fin ; réunion du plan musculo-aponévrotique à l'aide de points au catgut fort ; suture de la peau au crin de Florence.

Le drainage doit être employé dans ces cas d'opération tardive et Fournier (d'Amiens) écrit à la suite d'une communication d'opération césarienne d'urgence : « Le

drainage avec conservation de l'utérus peut rendre des services : je l'ai employé pour ma part et j'ai même placé le drain au fond du cul-de-sac de Douglas par un de ses bouts, l'autre traversant la paroi abdominale antérieure au voisinage de l'ombilic, pour que le tube puisse passer aisément en arrière de l'utérus, volumineux comme il l'est après la délivrance. Le drainage n'a pas d'inconvénients sérieux (le reproche d'éventration étant aisément évité); il doit être réservé cependant aux cas spéciaux où une grande quantité de sang ou de liquide a inondé le péritoine, où l'asepticité est douteuse, où les manipulations intra-abdominales ont dû être prolongées pour une raison quelconque; il est formellement indiqué quand il y a eu rupture prématurée des membranes, début d'infection, travail avancé. »

La malade amenée au bord de la table d'opération et placée dans la position obstétricale reçoit une injection vaginale abondante et chaude. Puis on attire dans le vagin le chef inférieur de la mèche intra-utérine. Pansement vulvaire.

La mèche intra-utérine sera enlevée dans les vingt-quatre ou quarante-huit heures qui suivent l'opération.

Le manuel opératoire de la césarienne tardive ne diffère donc pas notablement de celui de la césarienne à terme. Les deux points spéciaux seront donc l'extériorisation de l'utérus sitôt après l'ouverture de la paroi abdominale, et le drainage péritonéal, drainage dont le double avantage sera de lutter contre l'infection péritonéale si elle vient à se produire, et de signaler l'écou-

lement sanguin se faisant à travers la plaie utérine suturée.

On remarquera aussi que l'acte opératoire comporte deux phases bien distinctes : une phase d'extraction et de délivrance, allant jusqu'au tamponnement intra-utérin inclusivement, phase pendant laquelle la main de l'opérateur se trouve au contact de liquides douteux sinon septiques.

Une phase de réparation, où l'on va prendre contact avec le péritoine.

Il va sans dire qu'entre ces deux temps, l'opérateur aura réalisé une asepsie de ses mains d'autant plus complète que le sujet se trouve en état d'infection plus probable. Cette précaution, jointe au renouvellement des linges souillés de liquide amniotique et de méconium, sera souvent suffisante pour éviter à la mère les dangers d'une réaction péritonéale intense.

OBSERVATIONS

Observation I (inédite).

Opération césarienne tardive, pratiquée par M. LEPAGE.

J. Fl..., primipare, âgée de 27 ans, de petite taille.

Les antécédents personnels révèlent une rougeole dans la première enfance, une chloro-anémie de 14 à 19 ans non traitée.

Élevée au sein pendant trois mois, puis au biberon. N'a commencé à marcher qu'à 3 ans ; dans la suite la marche fut toujours régulière.

Premières règles à 12 ans, irrégulières, peu abondantes, indolores.

L'examen général fait constater, outre la petitesse de la taille des déformations rachitiques surtout marquées au niveau des tibias qui sont incurvés en dedans et tordus d'arrière en avant, surtout le gauche. Pas de déformations thoraciques ou craniennes apparentes. Voûte palatine ogivale.

GROSSESSE ACTUELLE. — Les dernières règles remontent au 11 septembre 1906. Elle vient consulter à la clinique le 15 juin 1907. On trouve un bassin rétréci et elle est admise au dortoir.

L'examen pratiqué par M. Lepage révèle un bassin canaliculé avec un PSP de 9 cm. 1.

Le 5 juillet. — Pose à 10 heures du matin d'un ballon de Tarnier (60 gr.) pour provoquer le travail.

Les contractions de l'utérus apparaissent à 11 heures du soir, régulières, douloureuses.

6 juillet. — Le ballon est expulsé à 7 heures du matin après avoir subi un éclatement longitudinal.

La dilatation est alors de 2 centimètres.

A 10 heures du matin M. Lepage examine la parturiente, constate une dilatation comme une paume de main, des membranes intactes. La tête restant élevée, il décide de pratiquer l'opération césarienne.

Anesthésie au chloroforme.

Après incision de la paroi abdominale, M. Lepage glisse des compresses autour de l'utérus pour protéger le péritoine. Une boutonnière est ensuite pratiquée sur l'utérus dans sa partie supérieure et médiane.

Un flot de sang et de liquide amniotique se produit aussitôt. L'ouverture est agrandie en haut et en bas au moyen de ciseaux ce qui donne une longueur de 15 à 18 centimètres à l'ouverture utérine. Le placenta n'étant pas derrière la face antérieure de l'utérus est donc évité. L'utérus est alors tiré hors de l'abdomen par suite des tractions qu'on exerce sur l'enfant qui est saisi et extrait par une main. Garçon vivant de 3.220 grammes. Pince sur le cordon. Enfant ranimé en peu de temps. Décollation et enlèvement du placenta et des membranes. Pendant ce temps M. Coudert presse vigoureusement sur l'utérus pour faire l'hémostase qui est également assurée par une piqûre d'ergotine pratiquée au bras. L'utérus est débarrassé de ses caillots, et une

mèche de gaze iodoformée dont l'extrémité est dirigée vers le col de l'utérus comble la cavité utérine.

Suture de l'utérus. Sutures profondes à la soie n° 2. Sutures superficielles au catgut.

Durée de l'opération jusqu'à ce moment : vingt-cinq minutes.

Toilette du péritoine.

Suture de la paroi en trois plans et pansement.

Pas de drain.

La femme étant ensuite placée en position obstétricale, on va chercher le chef de gaze intra-utérine et on l'attire dans le vagin qu'on bourre également de gaze iodoformée. Pansement vulvaire.

500 grammes de sérum artificiel à la malade.

Durant toute la durée de l'opération, l'état général n'avait cessé d'être excellent, l'hémorragie ayant été réduite au minimum.

7 juillet. — M. Coudert enlève les mèches utérine et vaginale. État général excellent. Mictions spontanées.

Pouls à 135. T. : 38°2.

8 juillet. — La malade a eu un vomissement bilieux pendant la nuit. Mictions spontanées, mais pas d'évacuation intestinale.

Lochies normales.

Pouls à 124. T. : 37°8.

9 juillet. — La malade a eu une évacuation intestinale spontanée.

Pouls à 100. T. : 37°.

On fait le pansement, pas de réaction inflammatoire.

L'amélioration est continuelle.

A la fin de juillet légère lymphangite du sein qui dure trois jours,

La malade quitte la clinique avec son enfant le 10 août, tous deux en bon état.

L'enfant pesait alors 3.520 grammes.

Observation II (inédite).

Opération césarienne tardive pratiquée par M. COUDERT.

Chancre syphilitique du col. Rigidité syphilitique du col pendant le travail. Opération césarienne tardive. Guérison.

Clinique Tarnier 1907. Registre d'accouchements n° 1198.

Femme Poupon..., domestique, 20 ans. Primipare.

Antécédents héréditaires. — Mère morte à 51 ans de fluxion de poitrine. Père vivant et bien portant. Une sœur morte trois jours après un accouchement.

Antécédents personnels. — A marché à 14 mois. Réglée à 12 ans. Règles peu abondantes, irrégulières. Aucune maladie sérieuse.

GROSSESSE ACTUELLE: Dernières règles du 3 au 6 décembre 1906.

Rien d'anormal pendant les sept premiers mois de la grossesse.

Quelques varices aux membres inférieurs.

Contracte la syphilis à 7 mois 1/2 de grossesse.

La parturiente entre à la clinique Tarnier le 5 septembre 1907 dans l'après-midi ; ses premières douleurs sont apparues le même jour vers 9 heures du matin.

Examinée à trois heures de l'après-midi : à ce moment le col n'étant pas effacé, la femme est admise au dortoir. Sur les organes génitaux externes on constate la présence de nombreuses

syphilides papulo-hypertrophiques, plus développées au niveau de la grande lèvre droite. On ne trouve pas d'autres manifestations secondaires, pas de plaques muqueuses buccales.

La malade dit s'être aperçue de l'apparition de « boutons » il y a environ un mois : elle accuse de la leucorrhée adondante et légèrement fétide depuis six semaines.

Les urines sont normales : le bassin est normal.

Le 5 septembre. — A 9 heures du soir, nouvel examen : le col est en voie d'effacement : les contractions utérines sont rapprochées et très douloureuses. Après un grand bain d'une heure, la malade est montée à la salle de travail.

Le 6 septembre. — En examinant la malade à la visite du matin, le Dr Coudert constate :

Par le palper : un utérus développé comme dans une grossesse à terme. Présentation du sommet en O. I. D. P.

Par le toucher : une dilatation lenticulaire du col. La lèvre antérieure du col est volumineuse, dure et rigide, le doigt appuyant au niveau de cette zone infiltrée détermine une douleur très vive ; l'induration s'étend à droite et à gauche jusqu'au niveau des commissures ; la lèvre postérieure est saine.

A l'auscultation : bruits du cœur fœtal bons.

Le diagnostic porté est rigidité syphilitique du col.

La sage-femme de garde raconte que la malade a été très agitée toute la nuit, qu'elle n'a pas dormi, et qu'elle a crié presque continuellement tant ses douleurs étaient rapprochées et violentes.

A midi le col est perméable au doigt ; les contractions sont régulières et rapprochées.

A 4 heures de l'après-midi, même état. On donne un grand bain de une heure à la parturiente.

A 8 heures du soir même état. La sage-femme de garde fait donner un second bain. A ce moment la dilatation est de 2 francs. La poche des eaux s'insinue à travers l'orifice utérin. A l'auscultation on constate que les bruits du cœur fœtal sont bons. La malade est extrêmement fatiguée, elle pousse des cris violents qui s'entendent dans toute la clinique ; elle réclame avec insistance qu'on l'accouche « le plus vite possible et n'importe comment ».

On téléphone au Dr Coudert qui prescrit une injection de 1 centigramme de morphine ; la malade après sa piqûre reste à peu près calme jusqu'à 2 heures du matin.

Le 7 septembre. — A 2 heures du matin, les contractions surviennent toutes les dix minutes, un peu moins douloureuses ; mais à partir de 4 heures du matin, elles reviennent toutes les cinq minutes très violentes. La malade recommence à crier ; elle s'agite de plus en plus.

A 7 heures du matin, on examine la malade et on constate la même dilatation de 2 francs. On téléphone au Dr Coudert qui conseille de placer l'écarteur Tarnier et de le laisser en place jusqu'à son arrivée.

A 9 heures du matin, l'écarteur est retiré, la dilatation n'a pas progressé.

A 11 heures du matin, on pose de nouveau l'écarteur Tarnier pendant une heure. La dilatation ne progresse toujours pas. Par le toucher, on obtient au niveau du col les sensations suivantes : orifice dilaté comme une pièce de 2 francs ; induration très marquée de la lèvre antérieure du col, infiltration de la lèvre postérieure. L'induration remonte à environ 2 centimètres au-dessus de l'orifice utérin, elle forme un bourrelet dur, épais,

inextensible qui oppose au doigt essayant de le dilater une résistance absolue.

On est donc en présence d'une primipare syphilitique en travail depuis cinquante et une heures et qui a une rigidité syphilitique du col telle que la dilatation ne peut se faire. L'enfant est vivant, les membranes sont intactes, la parturiente n'a pas de fièvre, mais elle est extrêmement fatiguée et « énervée » ; elle pousse de véritables hurlements et supplie qu'on l'accouche.

Le Dr Coudert décide de faire l'opération césarienne qu'il pratique à 3 heures de l'après-midi avec l'aide du Dr Cathala.

Avant l'intervention, la malade est réexaminée : même aspect du col, même dilatation, bruits du cœur fœtal bons. Poche des eaux intacte. Pas de fièvre.

Chloroforme. Injection d'ergotine. Incision de 18 centimètres, l'ombilic répondant au milieu de l'incision. Bascule de l'utérus hors de la cavité abdominale. Incision à la partie supérieure de la face antérieure de l'utérus qui rencontre le placenta au travers duquel on passe. Extraction du siège et introduction de la main dans l'utérus pour aller à la recherche de la bouche du fœtus ; la tête fœtale est profondément engagée dans l'excavation ; on doit déployer une certaine force pour faire la manœuvre de Mauriceau.

Extraction du placenta et des membranes. Hémorragie insignifiante.

Tamponnement utérin à la gaze iodoformée. Suture de l'utérus au catgut ; un premier plan comprenant la presque totalité de l'épaisseur de la paroi utérine, un second plan affrontant le péritoine utérin.

Suture de la paroi abdominale en trois plans.

Tamponnement vaginal après saisie à travers le col de la mèche utérine.

Durée de l'opération, 16 minutes.

État de la mère après l'opération : bon. Pouls bien frappé à 110.

L'enfant qui a été extrait en état de mort apparente a été ranimé presque immédiatement : il pèse 2.700 grammes et ne présente aucune lésion spécifique. Le placenta pèse 380 grammes.

8 septembre. — Malgré deux injections de morphine, la malade a eu des coliques toute la nuit qui l'ont empêchée de reposer.

T. 37°-38°2. P. 108-130.

Le soir, le tamponnement vaginal et la mèche utérine sont enlevés.

9 septembre. — T. 38°8-38°2. P. 108-122; 1 centigramme de morphine à midi. Un lavement purgatif. Boissons glacées. Nuit calme.

10 septembre. — T. 38°2-38°4. P. 120-116. Nuit calme. Boissons glacées. Injections vaginales à l'eau oxygénée. Traitement spécifique.

11 septembre. — T. 38°6-39°4. P. 112-120. Limonade purgative qui provoque des garde-robes très abondantes et fétides. Malade agitée : 1 centigramme de morphine à 7 heures du soir.

12 septembre. — 37°8-37°8. P. 120-124. Le pansement est défait. A la partie supérieure de la plaie on constate de l'empâtement et de la rougeur ; on enlève trois crins ; on désunit la paroi et on donne issue à une certaine quantité de pus épais et bien lié. Pansement humide à l'eau oxygénée au tiers de la plaie.

13 septembre. — T. 37°6-38°6. P. 108-116. Pansement de la plaie. Diarrhée : 10 selles dans la journée. Dans l'après-midi

point de côté thoracique gauche au niveau duquel on fait placer dix ventouses sèches et une ventouse scarifiée.

14 *septembre*. — T. 37°4-38°4. P. 112-120. Pansement, trois selles dans la journée. Boissons glacées.

15 *septembre*. — T. 37°4-37°6. P. 108-120. Pansement.

16 *septembre*. — T. 36°8-38°2. — P. 108-120. Pansement. Lait et crème.

17 *septembre*. — T. 37°-38°. P. 108-116. Pansement. La malade commence à s'alimenter.

18 *septembre*. — T. 37°-38°2. P. 100-116. Pansement.

19 *septembre*. — T. 36°8-39°. P. 104-126. Pansement. Suppuration de l'angle inférieur de la plaie.

20 *septembre*. — T. 38°-39°4. P. 116-124. Pansement.

21 *septembre*. — T. 38°8-38°8. P. 116-120. Pansement. Les manifestations syphilitiques vulvaires ont presque complètement disparu.

22 *septembre*. — T. 38°6-38°8. P. 116-108. Pansement.

23 *septembre*. — T. 37°4-38°6. P. 92-102. Pansement, 250 grammes de sérum.

24 *septembre*. — T. 36°8-38°. P. 100-112. Pansement.

25 *septembre*. — T. 38°6-39°2. P. 116-120. Pansement.

26 *septembre*. — T. 37°-38°8. P. 108-112. Pansement.

27 *septembre*. — T. 39°2-39°4. P. 108-120. Pansement.

28 *septembre*. — T. 37°6-38°6. P. 100-120. Pansement, 250 grammes de sérum.

29 *septembre*. — T. 37°6-38°7. P. 104-116. Pansement.

30 *septembre*. — T. 37°8-39°2. P. 108-112. Pansement. Phlébite de la jambe gauche : mise en gouttière.

1^{er} *octobre*. — T. 38°4-39°6. P. 120-124. Dans la nuit apparition de points douloureux à la base des deux poumons. A la

base du poumon droit il existe un peu de matité et quelques frottements.

La phlébite de la jambe gauche est légère ; la douleur est légère. L'état général est bon, la langue humide.

Au niveau de la suture abdominale, il existe trois plaies superficielles, de la dimension d'une pièce de 5 francs qui suppurent légèrement. Attouchement des plaies et pansements à l'eau oxygénée.

2 octobre. — T. 38°8-38°4. P. 130-134.

Matité à la base du thorax en arrière des deux côtés. A l'auscultation à droite quelques frottements et un peu de chevrottement de la voix. A la base gauche souffle à l'expiration, voix chevrotante. Pas de douleur à gauche. Légère douleur à droite. Se plaint de la jambe gauche.

3 octobre. — T. 38°6-38°. P. 112-112.

Crachats assez abondants, muco-purulents.

4 octobre. — T. 37°4-37°2. P. 112-108. Ventouses sèches. Les plaies abdominales vont mieux et sont touchées à la teinture d'iode.

5 octobre. — T. 36°8-38°. P. 100-110.

6 octobre. — T. 37°-38°. P. 98-102.

7 octobre. — T. 36°8-37°. P. 100-104. Se plaint du ventre. Utérus immobilisé par un léger empâtement péri-utérin.

8 octobre. — T. 37°2-37°6. P. 108-100.

9 octobre. — T. 36°8-36°8. — P. 98-100. A partir de cette date la température est entièrement normale. Les plaies abdominales sont en excellent état.

24 octobre. — On retire la jambe de la gouttière.

28 octobre. — Cicatrisation complète de la plaie abdominale

29 octobre. — Pyurie légère.

La malade sort guérie de la clinique, le 22 novembre 1907.

L'enfant qui à sa naissance pesait 2.770 grammes s'éleva assez difficilement au début, vomissements répétés. Son poids tomba à 2.500 grammes. Il ne remonta à son poids primitif qu'un mois et demi après l'accouchement. A partir de ce moment sa courbe fut régulièrement ascendante et il sortit bien portant avec sa mère le 22 novembre pesant 3.210 grammes.

Observation III

RIBEMONT-DESSAIGNES ET LEPAGE (Bulletin médical, 1907, p. 477).

*Opération césarienne faite neuf heures après le début du travail ;
onze heures après la rupture des membranes.*

X..., 25 ans, sans profession, est transportée à la Maternité de Beaujon (service de M. Ribemont-Dessaignes), le 16 septembre 1906 à 9 h. 1/4 du matin.

Elle est de taille petite, son intelligence est peu développée. Pendant les deux derniers mois de la grossesse, elle a présenté de l'hydramnios, avec fœtus mobile, changeant constamment de présentation, malgré les tentatives de fixation qui avaient été faites. De plus, M. Ribemont-Dessaignes avait constaté un aplatissement du bassin du côté droit.

Le 16 septembre. — A minuit, rupture des membranes.

Le 16 à 2 h. 1/4 début des contractions douloureuses ; à 7 heures on vient prévenir M. Ribemont en toute hâte que cette femme perd du sang. Il constate qu'elle a une dilatation de 2 francs, la tête est élevée et la malade a perdu du sang d'une façon peu abondante mais continue, elle est décolorée et a un pouls à 120. Il donne l'ordre de la transporter à l'hôpital où il

pratique, avec l'assistance de M. Lepage, une opération césarienne neuf heures après le début du travail, à 11 heures du matin.

On extrait un enfant qui pèse 2 kg. 600 et crie aussitôt. Cet enfant élevé au sein par une nourrice mercenaire, va très bien actuellement (mai 1907). La mère a eu des suites opératoires pathologiques, température entre 38° et 39°5 — phlébite double — manie. Elle est actuellement complètement guérie.

Observation IV

LEPAGE. (*Bulletin médical*, 1907, p. 477.)

Bassin étroit, opération césarienne conservatrice avec un orifice dilaté comme une paume de main deux jours après le début du travail et deux heures et demie après la rupture des membranes. Guérison de la mère et de l'enfant.

X..., âgée de 31 ans, infirmière, entre à la clinique Baudelocque le 2 octobre 1906. Rien à noter dans ses antécédents héréditaires. A commencé à marcher à 18 mois ; aurait eu à cette époque une fracture du membre inférieur gauche (on trouve au niveau du trochanter gauche un cal osseux). La marche n'a été possible qu'à l'âge de 5 ans. Menstruation régulière depuis l'âge de 18 ans ; premiers rapports à 25 ans. Grossesse actuelle : dernières règles du 13 au 17 décembre 1905. Vomissements fréquents pendant les trois premiers mois. Pas d'albumine dans les urines.

Le 2 octobre, à son entrée, la malade ressent des douleurs dans les reins et se croit sur le point d'accoucher. Elle est mise en observation à la salle de travail ; peu de modification du col. Le 3 octobre au matin je l'examine et fais les constatations

suivantes : femme de petite taille (1 m. 38), pas de déformations marquées des membres inférieurs, tête de rachitique avec bosse frontale saillante, dents mal développées et irrégulières.

Hauteur du fond de l'utérus au-dessus de la symphyse : 35 centimètres, extrémité céphalique en bas, non engagée, débordant la symphyse.

J'agite la question d'une opération césarienne, mais cette intervention est ajournée, car par le toucher et le palper mensurateur combinés, il ne paraît pas démontré que la tête ne puisse passer; le promontoire est élevé à 9 centimètres du sous-pubis; la face antérieure du sacrum est accessible dans sa partie supérieure; les parties molles sont peu étoffées.

Dans l'après-midi, contractions utérines douloureuses qui vont en augmentant et se régularisant; à 6 heures du soir le col est effacé. Pendant la nuit douleurs moins intenses, la femme peut dormir un peu.

Le 4 octobre à 7 heures du matin, les contractions redeviennent énergiques, le travail marche régulièrement. A 11 h. 30 orifice dilaté comme 5 francs; malgré l'intensité des douleurs la tête ne descend pas.

A 3 heures du soir, dilatation comme une paume de main. Rupture spontanée de la poche des eaux, liquide légèrement teinté par le méconium. M. Sauvage constate que la suture sagittale est derrière le pubis et que la tête reste fixe au moment des contractions.

5 h. 30 du soir : M. Lepage vérifie l'absence d'engagement et la fixité de la tête, et pratique l'opération césarienne avec l'aide de M. Sauvage.

Incision de la paroi ayant pour centre l'ombilic. Ouverture de l'utérus en place. Extraction d'un enfant vivant pesant

3,050 grammes, avec diamètre bi-pariétal de 91 millimètres, tête dure et ossifiée. Extériorisation de l'utérus.

Extraction du délivre qui pèse 420 grammes.

Suture de l'utérus en deux plans à points séparés, au catgut n° 3 pour les points profonds ; au n° 2 pour les points superficiels. Drain n° 30 dans le péritoine. Durée de l'intervention : trente-cinq minutes.

Une seringue d'ergotine a été injectée au début des sutures.

SUITES OPÉRATOIRES. — Ablation du drain au bout de quarante-huit heures. Agitation pendant les quarante-huit premières heures ; morphine. Élévation de température entre 37° 8 et 38° 4 du deuxième au septième jour ; pouls entre 90 et 115° jusqu'au seizième jour, Œdème et circulation veineuse collatérale dans le mollet droit apparus le douzième jour ; immobilisation dans une gouttière et compresses de chlorhydrate d'ammoniaque. Température redevenue définitivement à la normale à partir du douzième jour. Premier lever le 2 décembre. Sortie le 10 décembre.

Enfant pesant 5,550 grammes.

Revus le 14 avril, la mère et l'enfant sont en parfait état ; la femme a repris ses occupations d'infirmière.

Observation V

LEPAGE (Bulletin médical, 1907, p. 478.)

Bassin oblique ovalaire de Nægele, rupture des membranes au début du travail. Opération césarienne conservatrice. Mère et enfant guéris.

Le 1^{er} février 1907, entre à la clinique Tarnier la nommée X..., âgée de 24 ans, enceinte pour la troisième fois. Cette femme a

marché à l'âge de 13 mois ; elle est de petite taille. Une première grossesse s'est terminée spontanément, après un travail prolongé, par l'expulsion d'un enfant vivant, mort dix minutes après sa naissance.

Lors d'une seconde grossesse, cette femme vient accoucher à la clinique Tarnier. Une application de forceps fut tentée au niveau du détroit supérieur par mon collègue Demelin. Il pratiqua la basiotripsie, pour terminer l'extraction du fœtus, sur le conseil de M. Budin qui a publié (Progrès médical, 1906) l'observation de cette femme sous la rubrique « Embryotomie sur un enfant vivant ». Au cours de son intervention, M. Demelin fit le diagnostic de bassin oblique ovalaire.

Troisième grossesse, Dernières règles du 25 mars au 3 avril ; dans les derniers mois de la grossesse, il fut question de provoquer l'accouchement, mais M. Demelin qui suppléait à ce moment le professeur Budin, se basant sur le petit volume du fœtus, ne recourut pas à cette intervention, pensant pratiquer l'opération césarienne si la femme n'accouchait pas spontanément. Les premières douleurs commencèrent le 1^{er} février, à 4 heures du matin ; la rupture spontanée des membranes eut lieu à 10 heures du matin. Je vis cette femme pour la première fois, à 11 heures du matin ce même jour. Je vérifiai le diagnostic de bassin oblique ovalaire, constatai que le fœtus se présentait par l'extrémité céphalique, qu'il n'était nullement engagé. Les bruits du cœur étaient bons ; l'orifice utérin était largement entrouvert ; le fond de l'utérus remontait seulement à 30 centimètres au-dessus de la symphyse, ce qui indiquait que l'enfant n'était pas volumineux.

La situation était embarrassante puisque le premier accouchement s'était terminé spontanément ; l'enfant, il est vrai, était

mort des suites du travail ; mais on pouvait se demander si le fœtus, petit, ne pourrait pas traverser vivant la filière pelvienne. Il me sembla plus prudent chez cette femme qui était à sa troisième grossesse sans avoir encore d'enfant vivant, d'intervenir malgré la rupture des membranes et l'absence de soins antiseptiques depuis le début du travail.

L'opération césarienne est pratiquée à 1 h. 15 du soir avec l'aide de M. Coudert, chef de clinique. Après incision de la paroi abdominale, l'incision de la paroi utérine présente quelques difficultés en raison de son épaisseur anormale, qui atteignait 3 à 4 centimètres. Extraction d'un fœtus vivant du sexe féminin pesant 2 kg. 710. Extraction du placenta qui pèse 420 grammes. Gaze introduite dans la cavité utérine. Sutures profondes de la paroi utérine avec de la soie n° 3. Sutures superficielles avec la soie n° 1. Un drain est mis dans la cavité abdominale. La température fut normale pendant les trois premiers jours, puis commença à s'élever le cinquième pour atteindre 39°. Le huitième jour, on s'aperçut que la malade présentait une escharre étendue au niveau de la partie inférieure du sacrum. La température oscilla aux alentours de 39°, jusqu'au dix-septième jour pour revenir ensuite à peu près à la normale. De nouveau, la malade présenta un peu de température le trente-troisième jour, par suite d'un petit abcès du sein. Elle quitta le service bien portante avec son enfant le 16 mars. Depuis cette époque elle a présenté au niveau de la partie médiane de son incision utérine, une petite fistulette actuellement guérie. Elle a bonne mine et son enfant se développe d'une façon normale.

Observation VI

LEPAGE (*Bulletin médical* 1907, p. 478) (complétée).

Opération césarienne pratiquée chez une secondipare en travail depuis plus de quarante-huit heures, ayant perdu les eaux depuis neuf heures et dont l'enfant souffrait. Guérison de la mère. Enfant vivant.

X..., âgée de 30 ans, secondipare, arrive à la clinique Tarnier le 15 mai 1907 à 11 heures du matin. Elle est amenée par une sage-femme d'un pays entre Versailles et Mantes. Elle présente cette particularité dans ses antécédents qu'elle n'a marché qu'à 3 ans. Elle a été atteinte de rachitisme dont on trouve encore les stigmates sur les membres inférieurs, sur la face et sur les membres supérieurs.

Une première grossesse a eu lieu le 1^{er} avril 1905. Elle entre en travail chez elle, mais le travail durant depuis six jours, elle est transportée à l'hôpital de Versailles, où elle accoucha spontanément d'un enfant mort. Les suites de couches furent pathologiques, elle resta trois mois à l'hôpital.

Elle redevint enceinte. Elle eut ses dernières règles du 20 au 25 juillet 1906. Pendant la grossesse, rien de particulier. Elle est adressée au Dr Cathala, chef de clinique adjoint, par un confrère qui avait été appelé auprès d'elle le mercredi 15 mai. Début du travail le 12 mai à 5 heures du matin ; le 13 elle a peu de douleurs, le travail s'accroît dans la nuit et va progressivement, mais la dilatation se fait toujours péniblement. Le mercredi matin 15 mai à 5 heures, elle perd les eaux. C'est alors que la sage-femme ennuyée de ce qui s'était passé lors du premier accouchement, constatant que la tête ne descend

pas, fait appeler un confrère qui conseille d'amener cette femme à la clinique Tarnier, où elle arrive vers 11 heures du matin.

Ce qui me frappa tout d'abord, ce fut l'extrême degré de saleté des membres inférieurs, les pieds étaient absolument noirs. Cette femme ne prenait aucun soin de propreté du corps; aucune désinfection n'avait été faite pour l'accouchement. Il n'y avait pas de pansement au niveau des organes génitaux. Température normale, pouls à peu près normal. En examinant cette femme, ce qui me frappa fut l'élévation de la partie fœtale, de la tête, qui était nettement au-dessus du détroit supérieur, à peine amorcée. A aucun moment il ne s'écoule de liquide coloré par le méconium. A l'auscultation je constate un enfant vivant. En explorant le bassin, je trouve que le diamètre promonto-sous-pubien mesure 95 millimètres. Le cas est embarrassant ; je prie MM. Coudert et Cathala de vouloir bien examiner cette femme. Tous deux après avoir constaté un bassin très vicié, l'angle sacro-vertébral élevé, la face antérieure du sacrum plutôt plane que concave, sont d'avis d'extraire le fœtus par la voie abdominale. Fallait-il, après opération césarienne, conserver ou enlever l'utérus ? Cette femme n'avait pas encore d'enfant vivant : il était peut-être hâtif de pratiquer l'ablation de l'utérus et d'enlever ainsi à cette femme toute chance de maternité ultérieure.

En faveur de l'ablation de l'utérus, nous avions la saleté peu ordinaire de la malade, les conditions defectueuses dans lesquelles elle s'était trouvée depuis le début du travail. En dehors de cette absence de soins aseptiques, il y avait la rupture des membranes faite depuis un certain temps. Il fut donc convenu que nous ferions l'opération césarienne, et qu'au cours de l'in-

tervention, suivant les circonstances, nous serions ou non conservateur. Il fallait le temps nécessaire pour préparer la malade, pour préparer les instruments. Rendez-vous fut pris pour 1 h. 1/2 de l'après-midi.

Après anesthésie chloroformique, incision de la paroi abdominale classique. Incision de l'utérus ; ponction de la paroi utérine avec le bistouri, pour permettre au doigt de pénétrer. Le placenta est inséré sur la face antérieure de l'utérus. L'écoulement sanguin est considérable. Avec des ciseaux je complète l'incision utérine. Extraction du fœtus. M. Coudert saisit l'utérus à pleine main au niveau de sa partie inférieure,

En extrayant le fœtus je fus désagréablement surpris de constater que cet enfant avait perdu du méconium en quantité considérable, qu'il en était recouvert et que les membranes étaient infiltrées. L'enfant naquit un peu pâle, mais il fut ranimé assez vite. Il pesait 3 kg. 200 ; il était bien constitué.

J'enlevai le placenta et les membranes et j'eus un moment de perplexité très grande, car une fois la surface interne de l'utérus mise à nu, je constatai que, bien que cette paroi fût débarrassée des membranes, la surface de la muqueuse était teintée uniformément en vert, ce qui prouvait que l'enfant avait souffert depuis un certain temps. De plus, l'utérus, mollassé, s'éversait avec trop de facilité. Fallait-il conserver l'utérus ? Je restai conservateur parce qu'il n'y avait pas d'odeur, parce que cet œuf ne sentait pas mauvais. J'introduisis un tampon dans l'utérus. Sutures profondes avec la soie n° 2. Pendant ces sutures, l'utérus devient violacé et se rétracte mal. Sutures superficielles avec du catgut. L'utérus pâlit au moment où il se contracte ; mais après il redevint encore violacé. Je termine le plus rapidement possible ; deux drains sont mis de chaque

côté de l'utérus, de façon à assurer au dehors l'écoulement des liquides qui peuvent filtrer au niveau de la plaie utérine. Après la suture à deux plans de la paroi abdominale, l'utérus est encore volumineux ; il remonte encore à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Pour faciliter sa rétraction, je le prends à pleine main, et je fais une sorte d'expression de l'utérus en totalité, de façon à le vider de son contenu. En effet, avant de pratiquer le toucher, il sortit du vagin un volumineux caillot ; du sang en notable quantité s'était écoulé entre les jambes de la femme. Je pratique le toucher et constate que le tampon est au niveau de l'orifice utérin complètement dilaté.

Il est convenu que si cette femme donne des symptômes alarmants d'hémorragie, si le pouls s'accélère, si le pansement s'imbibe de sang, nous serons prévenus, M. Coudert et moi, et que nous pratiquerons l'opération de Porro. Les instruments sont stérilisés en vue de cette opération.

A 4 heures, le pouls de l'opérée est à 120, mais bien frappé. M. Saint-Jean, moniteur, lui fait sur les conseils de M. Lepage une injection de 250 grammes de sérum.

A 5 heures, léger écoulement de sang par la vulve : une injection de 1 centimètre cube d'ergotine.

A 7 h. 1/2, pouls à 128 ; nouvelle injection de 300 grammes de sérum.

A 8 h. 1/2, injection de morphine (3 milligr.)

16 mai. — L'opérée a passé une assez bonne nuit. P. 120. T. 37°1. M. Coudert enlève le tamponnement vaginal et le tamponnement intra-utérin, sonde la femme et refait un tamponnement vaginal à la gaze iodoformée.

La température maxima de cette femme a été de 37°2 ; au

début le pouls a été un peu fréquent : 120 à 130 ; mais il s'est abaissé progressivement.

Du liquide séreux assez abondant s'est écoulé par les drains, l'un d'eux a été retiré le quatrième jour, l'autre le sixième. A aucun moment le pansement n'a été imbibé de sang.

L'enfant mis en couveuse au début, s'est bien développé. La femme se lève dans la première semaine de juin et sort de la clinique en excellent état.

Observation VII (résumée).

GUILLET, in Thèse de Paris, 1904.

Durée du travail avant l'opération : deux jours et demi.

Rupture des membranes : un jour et demi

L. G. M..., 34 ans. Primipare.

A marché à 16 mois. Réglée à 16 ans.

Entre à la Maternité le 15 octobre 1900, en travail depuis le 13 octobre au matin.

Le 14 au matin. — Une sage-femme rompt les membranes. La tête ne s'engageant pas, on l'envoie à la Maternité où elle arrive le 15 au matin.

Présentation du sommet non engagée. Col contracturé avec dilatation de 5 francs. P. S. P. 8 cm. 3.

Bruits du cœur fœtal bons.

A 2 heures du soir la situation n'a pas changé. On décide de pratiquer la césarienne :

1^o Parce que l'enfant est vivant ;

2^o Parce que le col n'est pas dilaté.

Intervention le 15 octobre à 7 h. 40 du soir.

Manuel opératoire habituel. L'enfant naît un peu étonné et ne se ranime qu'après dix minutes de soins. Le délivre et le liquide amniotique sentent fort mauvais. L'état d'inertie de l'utérus oblige à faire quatre injections d'ergotine à 1 centimètre cube au cours de l'intervention. Sérum : 500 centimètres cubes.

SUITES OPÉRATOIRES. — Absolument normales au début. Mais la malade victime de brûlures accidentelles, alors que tout faisait prévoir un complet rétablissement, succombe quinze jours après l'opération.

L'enfant est sorti en bon état.

Observation VIII (résumée).

GUILLET, in Thèse de Paris, 1904.

Durée du travail : trois jours. Poche des eaux rompue depuis quarante-huit heures. Deux tentatives infructueuses de forceps. Guérison de la mère. Enfant vivant.

O. V..., 28 ans. Primipare.

Réglée à 15 ans. Pas d'antécédents pathologiques.

Dernières règles du 20 au 25 novembre 1901.

6 septembre. — Début du travail.

7 septembre. — Rupture de la poche des eaux. Depuis le début du travail, la tête arrêtée au détroit supérieur n'a fait aucun mouvement de descente.

Le 7 septembre. — On fait inutilement deux applications de forceps après dilatation forcée manuelle.

L'accouchement n'avancant pas on l'envoie à la maternité d'Angers où elle arrive deux jours après la rupture des membranes, le 9 septembre, après un parcours de 20 kilomètres fait en voiture.

À son entrée, on constate un col rigide, effacé, dilaté comme une petite paume de main. Tête non engagée.

Bruits du cœur fœtal faibles mais réguliers.

État général de la malade assez bon.

A 10 heures on décide de pratiquer la césarienne, l'état de contracture du col, la présence de sang dans les urines défendant de songer à une symphyséotomie.

Intervention. — Écoulement de 1 litre de liquide ascitique à l'ouverture de la cavité péritonéale. Trois injections d'ergotine. Pas de drainage du péritoine. Mèche intra-utérine. Sérum ; 500 grammes.

L'enfant crie dès son extraction.

Le soir de l'opération température : 38°9.

Les jours suivants température : maxima 37°6.

La malade a présenté de l'albumine dans ses urines avant et après l'opération (1 à 3 gr. par litre).

La malade sort guérie le 28 septembre. Son enfant est également en excellent état.

Observation IX (résumée).

GUILLET, in Thèse de Paris, 1904.

Césarienne après un jour et demi de travail, vingt-quatre heures après la rupture des membranes. Tentative infructueuse de version. Contraction de l'anneau de Bandl.

Aline L..., 36 ans. Sextipare.

A marché à 4 ans. Réglée à 13 ans.

Première grossesse à 18 ans : forceps, enfant mort à un mois.

Les quatre accouchements suivants sont normaux, mais les

enfants meurent tous à l'âge de 1 mois ou de 1 mois 1/2. Date des dernières règles incertaine.

Entrée à la maternité d'Angers le 10 octobre 1902 à 6 h. 1/2 du soir, elle a eu ses premières douleurs au matin et la poche des eaux est rompue depuis 4 h. 1/2 du soir.

A 6 h. 1/2 dilatation de 5 francs. Tête au détroit supérieur. PSP évalué à 8 centimètres.

La femme souffre peu, les contractions sont rares et peu énergiques.

Les accouchements précédents s'étant terminés seuls après un travail prolongé, on attend.

A 10 heures du soir, dilatation presque complète.

Bruits du cœur fœtal bons.

11 octobre. — 9 heures du matin, la situation est toujours la même.

A 3 heures du soir, on décide de faire la version podalique.

A 4 heures chloroforme. On saisit un pied, on l'amène à la vulve; mais la contracture énergique de l'anneau de Bandl s'oppose à la rotation intra-utérine du fœtus.

On décide alors de pratiquer immédiatement la césarienne. Intervention sans incidents. On place un drain plongeant dans le cul-de-sac péritonéal antérieur, on attire avec soin la mèche intra-utérine dans le vagin. On l'enlève deux jours après l'opération.

Température maxima après l'opération : 38°2.

Suites opératoires normales.

La malade sort complètement guérie le 3 novembre 1902. L'enfant, du sexe féminin, sort en bon état : il pesait à sa naissance 3 kgr. 580 grammes.

Observation X (résumée).

GUILLET, in Thèse de Paris, 1904.

Césarienne pratiquée plus de vingt-quatre heures après le début du travail. Membranes rompues. Une tentative de forceps.

Françoise G..., 28 ans. Secondipare.

Naine rachitique.

A marché à 14 mois. N'a été réglée qu'à 20 ans.

Première grossesse à 26 ans terminée à cinq mois et demi par un avortement provoqué pour accidents graves de compression, à la maternité d'Angers.

GROSSESSE ACTUELLE. — Dernières règles du 6 au 10 août 1902.

La malade entre en travail le jeudi soir 27 mai 1903.

Le 28 mai la sage-femme fait appeler un médecin qui tente vainement une application de forceps et envoie la malade à la maternité où elle entre le jour même 28 mai.

A son entrée elle est très affaiblie, poulx petit, facies angoissé

Par le toucher on évalue le promonto sous-pubien à 7 centimètres, la dilatation est complète, la poche des eaux rompue (on ne sait depuis combien de temps). Tête non engagée mais non mobilisable par suite des contractions tétaniformes de l'utérus.

Bruits du cœur fœtal un peu faibles et rapides.

A 7 heures, par suite des contractions permanentes de l'utérus, on craint une rupture utérine.

A 8 h. 1/2, le Dr Boquel seul entend les bruits du cœur fœtal. Il décide alors de pratiquer une césarienne.

Intervention sans incidents. — Drainage du cul-de-sac péritonéal antérieur. Sérum: 500 grammes.

L'enfant, du sexe masculin, naît en état de mort apparente et n'est ranimé qu'après vingt minutes de soins énergiques.

Suites opératoires un peu fébriles. T. maxima : 38° 5.

La malade sort tout à fait guérie le 18 juin.

L'enfant est également sorti bien portant.

Observation XI (résumée).

GUILLET (Bulletin de la Société d'obstétrique de Paris).

Durée du travail quarante-huit heures. Membranes rompues depuis douze heures. Une tentative de forceps. Guérison de la mère. Enfant vivant.

Rose G..., 21 ans. Primipare.

Amenée à la maternité d'Angers le 16 juin 1901 à 11 h. 1/2 du soir, en travail depuis le 14 juin matin.

Aucune déformation apparente du squelette.

Dernières règles du 4 au 8 septembre 1900.

Le 14 juin, au matin. — Apparition des premières douleurs ; vers 8 heures du soir une sage-femme trouve une dilatation de 1 franc.

Le 15. — Dans la journée, la sage-femme trouvant que le travail n'avance pas rompt la poche des eaux.

Vers 8 h. 1/2 du soir, la sage-femme fait appeler un médecin qui tente une application de forceps au détroit supérieur. Aucun résultat. Il adresse la malade à l'hôpital à 11 h. 1/2 du soir.

On constate alors à ce moment une présentation du sommet, tête engagée, assez mobile. Dilatation de 5 francs.

Les bruits du cœur s'entendent très nettement ; l'état général de la femme paraît bon.

Le 16, à 8 heures du matin. — On constate :

1° Qu'il s'agit d'un bassin rétréci dans le sens antéro-postérieur. Diamètre PSP = 9 centimètres environ. Le col n'a pas complètement disparu. Les parois vaginales ont été traumatisées ; et l'urine ramenée par la sonde est un peu sanguinolente.

L'enfant est parfaitement vivant.

Une intervention chirurgicale s'impose : à cause de l'état du col, du traumatisme des voies génitales, le Dr Boquel préfère la césarienne à la symphyséotomie, malgré que la durée du travail, l'application de forceps préalablement faite, l'absence de liquide amniotique ne constituent pas des conditions très favorables à cette intervention au point de vue maternel. On réserve la question du Porro pour le cas de nécessité absolue.

La césarienne est faite séance tenante.

Pas d'incidents pendant l'intervention.

On ne place pas de drain abdominal.

Dans l'utérus on place une mèche de gaze qu'on ne pourra retirer que quatre jours après, à la suite de plusieurs tentatives infructueuses, le col s'étant refermé et la retenant.

Dans les jours suivants, température : maxima 38° 6.

Le 10 juillet. — La malade sort guérie avec son enfant également en bon état.

Observation XII (résumée).

BRÉAU, in Thèse de Paris, 1905.

A. T..., 23 ans. Secondipare.

Cette femme entre à la maternité le 5 mai 1905. Elle ignore à quelle date elle a marché. Réglée à 18 ans régulièrement.

A 21 ans, une première grossesse s'est terminée par un accouchement au forceps. L'enfant est mort pendant le travail.

Ses dernières règles datent du 25 au 30 août.

A son arrivée, on constate par le palper une présentation transversale qu'on transforme en présentation du sommet par manœuvres internes et qu'on maintient avec la ceinture autogène.

Au toucher on trouve le promontoire accessible. Le diamètre PSP mesure 9 cm. 1/2.

La femme, qui a commencé à souffrir le 16 mai vers 10 heures du soir, est arrivée à la salle de travail le 17 mai à 4 h. 30 du matin. A 5 heures dilatation de 2 francs ; poche des eaux en voie de formation. Tête mobile au-dessus du détroit supérieur.

A 8 h. 55 rupture spontanée de la poche des eaux ; liquide amniotique un peu verdâtre.

A 9 heures dilatation complète, tête non engagée. Dans le vagin on trouve une grande partie du cordon procident.

A 10 heures on décide de pratiquer la césarienne parce que

1° Le premier enfant est mort pendant le travail ;

2° La tête est mal inclinée ;

3° Le cordon est procident.

Manuel opératoire ordinaire. L'enfant qui pèse 3 kgr. 220 naît un peu étonné. On place un drain péritonéal.

Les suites de couches ont été très simples ; la température n'a jamais dépassé 37°.

Observation XIII (résumée).

BRÉAU, in Thèse de Paris, 1905.

G. C..., primipare.

Cette femme entre à la maternité le 15 juillet 1904 à 1 h. 1/2

du matin, déclarant souffrir depuis le 14 à 4 heures du soir. La poche des eaux s'était rompue le 12 juillet à 9 heures du soir.

Comme antécédents, on note qu'elle a marché à 3 ans. Elle a été réglée à 13 ans, régulièrement.

Ni albumine, ni sucre dans les urines.

Au toucher, on trouve à 2 h. 1/2 une dilatation de 2 francs ; à 9 heures 5 francs. La tête n'est pas engagée.

Le promontoire est bas situé ; le diamètre promonto-sous-pubien mesure 7 cm. 1/2.

A l'auscultation, les bruits du cœur fœtal, très bons à son arrivée, deviennent le lendemain matin ralentis et sourds.

La poche des eaux étant rompue depuis longtemps sans que l'engagement se produisit, et l'enfant paraissant souffrir, on décide de faire une opération césarienne.

L'intervention ne présente rien de particulier. On place un drain péritonéal. L'enfant d'abord inerte est ranimé par quelques frictions alcooliques.

Les suites opératoires ont été légèrement fébriles ; la température s'est maintenue pendant une dizaine de jours entre 37° et 38°. L'opérée a présenté quelques troubles intestinaux. Les lochies ont été légèrement odorantes, du cinquième au dixième jour ; cette odeur a disparu après des injections vaginales au permanganate de potasse.

L'enfant à sa naissance pesait 3 kg. 550.

Observation XIV (résumée).

BRÉAU, in Thèse de Paris, 1905.

*Opération césarienne pratiquée sept jours après la
rupture des membranes.*

C. M..., 33 ans, primipare.

Cette femme entre à la Maternité à la fin de juillet.

Ne sait pas à quelle date elle a marché. A toujours bien marché jusqu'à 13 ans 1/2. A cet âge, une chute sur la hanche droite marque le début d'une coxalgie qui évolue peu à peu. Réglée à 14 ans.

Dernières règles du 25 octobre au 1^{er} novembre. Ni sucre ni albumine dans les urines. OEdème des membres inférieurs.

L'examen physique de la femme montre tous les signes d'une coxalgie guérie par ankylose. On ne sent ni le promontoire ni les ailerons du sacrum, mais on se rend compte que le bassin est aplati du côté droit et le rétrécissement est dû à une production osseuse au niveau du cotyle à la suite d'une coxalgie ancienne.

Le 1^{er} août à 3 heures du matin, la poche des eaux se rompt spontanément ; le 4 et le 5 la malade perd du sang. Le 7 au soir, les coliques qui ont débuté le matin, deviennent plus vives et la malade est transportée à la salle de travail. A ce moment, 8 heures, dilatation de 1 franc, pas d'engagement.

A 10 heures, dilatation de 5 francs : l'engagement ne se fait pas. Les bruits du cœur fœtal sont bons.

Le lendemain matin, le travail durant depuis douze heures et n'ayant aucune raison de se terminer spontanément, on décide

de faire une opération césarienne. Manuel opératoire habituel. Deux injections de 1 centimètre cube d'ergotine. On place dans l'utérus une mèche de gaze qu'on attire ensuite dans le vagin. Avant de suturer la paroi, on place un drain dans le cul-de-sac vésico-utérin. L'enfant crie aussitôt après son extraction. Les suites opératoires ont été remarquablement bénignes ; la température est toujours restée entre 36° et 37°. L'état général était excellent.

L'enfant pesait à sa naissance 3 kg. 860.

Observation XV

GROSSE (de Nantes) in *Comptes rendus de la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie de Paris* (juin 1907).

Opération césarienne d'urgence.

X..., 24 ans, est enceinte pour la première fois ; les dernières règles auraient eu lieu du 13 au 17 décembre 1905. Aucun incident pendant sa grossesse.

14 octobre 1906. — Premières douleurs du travail à 4 heures du matin ; rupture précoce des membranes à 5 heures du matin. La femme est admise dans la matinée à la salle de travail et examinée : femme de taille moyenne, bien constituée, sans stigmates extérieurs de rachitisme. A marché à 1 an, et toujours bien marché.

Présentation céphalique en OIGT, enfant vivant.

Col utérin incomplètement effacé ; tête très élevée.

A 9 heures du matin dilatation de 1 franc.

A 6 heures du soir dilatation de 2 francs. A minuit même dilatation.

15 octobre, matin. — A partir de 2 heures douleurs continuel-

les. Dilatation ne fait aucun progrès ; la tête ne descend pas

A 6 h. 1/2 dilatation de 5 francs ; le fœtus perd du méconium, mais les bruits du cœur sont nettement perçus.

M. le Dr Grosse prévenu arrive à 8 h. 1/2 et constate les contractions utérines très rapprochées. Contraction presque permanente de l'utérus.

Les bruits du cœur du fœtus sont entendus très distinctement.

La tête n'a aucune tendance à l'engagement. Le bassin présente un certain degré de rétrécissement, le promonto sous-pubien mesure 10 cm. 5 environ.

Dans ces conditions nous pensons qu'il y a intérêt pour la mère et l'enfant à intervenir le plus rapidement possible. L'insuffisance de la dilatation, la résistance de l'orifice utérin contre-indiquant toute tentative d'extraction immédiate du fœtus par les voies naturelles, nous décidons d'avoir recours à l'opération césarienne que nous exécutons à 10 heures avec la précieuse assistance de notre maître, le professeur Vignard.

Incision de la paroi abdominale sur la ligne blanche. Le ventre ouvert, l'utérus est basculé en avant et en grande partie extériorisé ; les bords de la plaie sont garnis de compresses. Ouverture de l'utérus : hémorragie insignifiante. Le fœtus, barbouillé de méconium, est saisi par les pieds et rapidement extrait de l'utérus ; il est étonné mais est facilement ranimé et ne tarde pas à crier.

Nous sommes alors très hésitant sur la conduite à tenir. Faut-il conserver l'utérus on terminer par l'hystérectomie.

La rupture précoce des membranes et l'ouverture de l'œuf depuis le début du travail, l'écoulement au dehors du liquide amniotique et du méconium sont des raisons importantes en faveur de l'hystérectomie ; d'un autre côté la femme, malgré la

fatigue d'un travail pénible datant de plus de vingt-quatre heures, présente un état général satisfaisant sans accélération notable du pouls, sans fièvre. Finalement nous nous décidons pour la césarienne conservatrice.

Le placenta est décollé avec les membranes ; toilette de la cavité utérine avec des compresses stérilisées. Une mèche de gaze est introduite dans l'utérus et son extrémité poussée à travers l'orifice cervical jusque dans le vagin. Les compresses sont changées et on procède à la suture de l'utérus. Suture profonde faite entièrement à la soie à points séparés. Suture superficielle au catgut par points séparés dans l'intervalle des fils de soie de façon à amener un accolement parfait du péritoine. Le ventre est fermé par trois points de suture.

L'enfant du sexe masculin pèse 3.280 grammes.

Suites opératoires. — Le soir de l'opération la température est à 38°, le pouls à 120 ; l'état général satisfaisant. Dans les jours suivants, il y eut une ascension progressive de la température qui atteignit son maximum 39°5 le soir du cinquième jour. Le lendemain nous constatons que le pansement est souillé de pus, et nous découvrons au niveau de l'ombilic une fistule abdominale allant vers le fond de l'utérus. Drainage, pansement humide à l'eau oxygénée.

La température tombe immédiatement à 37° et reste désormais à la normale. La femme quitte la maternité en excellente santé le 6 décembre 1906. Son enfant pesait alors 4.080 grammes.

Observation XVI (résumée).

POTOCKI. (*Annales de gynécologie et d'obstétrique*, 1906, p. 261.)

Opération césarienne pour rupture imminente de l'utérus dix-sept heures après le début du travail, deux heures après la rupture des membranes. — Guérison de la mère. — Enfant vivant

Femme de 24 ans, ménagère III-pare.

Premier accouchement à 18 ans : enfant vivant à terme extrait au forceps.

Deuxième accouchement à 20 ans. Accouchement spontané d'un enfant normal.

GROSSESSE ACTUELLE. — Entre à la maternité le 17 septembre 1903 à terme. Les premières douleurs étaient apparues le 16 septembre à 8 heures du soir, le travail se poursuivant régulièrement jusqu'au lendemain matin jour de son entrée.

Le 17 septembre à 8 heures du matin, on constate un utérus régulier, exagérément distendu, en antéversion assez accusée. Tête très mobile. Bruits du cœur du fœtus bons. Dilatation d'une paume de main. Poche des eaux volumineuse.

Bassin généralement rétréci. P. sp. 9 cm. 8.

Vu les accouchements précédents, on espère que l'accouchement se terminera bien ; on compte que la tête s'engagera et descendra après l'écoulement des eaux. Contractions fréquentes et énergiques. 11 heures du matin, dilatation complète, on rompt la poche des eaux.

Au bout de quelques minutes, l'orifice externe est revenu sur lui-même, la tête n'appuyant pas sur lui. On donne un bain sans résultat.

La dilatation n'est plus que d'une petite paume de main ; œdème de la lèvre antérieure du col. 1 heure après-midi, contractions subintrautes. Utérus rétracté sur fœtus. Tête ne progresse pas. Bruits du cœur moins bien frappés. Méconium.

Quelques instants après, utérus de consistance ligneuse, légèrement en sablier : œdème du segment inférieur, signes faisant craindre une rupture utérine. Col résistant, intimement appliqué sur la bosse séro-sanguine, interdisant toute application de forceps ou de basiotribe. La symphyséotomie est contre-indiquée pour deux raisons : le col est non dilatable ; la nécessité impérieuse d'une évacuation rapide de l'utérus.

L'extraction par la voie abdominale se trouvait donc manifestement indiquée. Technique classique.

Enfant du sexe masculin vivant de 3.075 grammes.

Après l'extraction du placenta, toilette de la cavité utérine avec des compresses stérilisées. Introduction dans l'utérus de deux mèches de gaze qui sortent par l'orifice cervical.

Sutures de l'utérus en deux plans : sutures profondes avec catgut n° 3 ; sutures superficielles avec catgut n° 1.

Sutures de la paroi comprenant la suture du péritoine par surjet au catgut, suture des muscles et de la peau aux crins de Florence.

Drainage abdominal à l'aide d'un drain placé dans le cul-de-sac vésico-utérin ; mèche de gaze iodoformée dans le vagin.

Le 18 septembre. Coliques, injection de morphine ; 1.000 grammes de sérum artificiel.

Le 19 on enlève les drains.

Suites opératoires normales.

La malade quitte la Maternité le 22 octobre, en excellent état, ainsi que son enfant.

Observation XVII (résumée).

CANTON, in *Annales de gynécologie et d'obstétrique*,
1907, p. 542.

Femme présentant une coxalgie droite. Césarienne quatre heures après la rupture des membranes. Bons résultats pour la mère et l'enfant.

A. T..., 28 ans. Secondipare.

A bien marché jusqu'à 2 ans 1/2.

A 2 ans 1/2 une coxalgie droite qui l'empêche de marcher pendant cinq ans.

Réglée à 13 ans irrégulièrement.

Première grossesse à terme terminée par opération césarienne. Enfant vivant.

Examen. — Mouvements très limités dans le membre inférieur du côté droit. Fistule au niveau du grand trochanter. Atrophie musculaire.

Présentation du siège, dos à droite.

Opération césarienne pratiquée pendant le travail, quatre heures après la rupture des membranes.

Extraction d'un garçon vivant pesant 3.550 grammes.

Vingt-six jours après, la mère et l'enfant en bonne santé quittent la clinique.

Observation XVIII (résumée).

CANTON (*Ibid.*).

Travail vingt et une heures. Membranes rompues depuis quelques heures.

A. B..., 17 ans. Primipare.

A toujours bien marché depuis l'âge de 2 ans.

Taille : 1 m. 35.

Examen. — Présentation céphalique.

Diamètre utile : 8 cm. 5.

Vingt et une heures et demie après le début du travail, les membranes rompues depuis quelques heures, on pratique l'opération césarienne pour cause de rétrécissement du bassin.

Enfant vivant . 3.900 grammes. BiP : 9 centimètres.

Trente jours plus tard, mère et enfant sortent en bon état.

Observation XIX (résumée).

CANTON (*Ibid.*).

Durée du travail cinq heures. Rupture des membranes huit heures avant l'opération.

R. A..., 18 ans. Primipare.

Grossesse à terme au moment de l'accouchement.

Taille de la femme : 1 m. 35.

Hauteur de l'utérus : 36 centimètres.

Présentation céphalique sans engagement.

Entre en travail le 17 décembre à 3 heures du matin.

Rupture prématurée des membranes trois heures avant.

Le pariétal antérieur passe 1 centimètre au-dessus de la symphyse. A 8 heures perte de méconium.

Le diamètre utile est de 9 centimètres.

On pratique la césarienne avec 3 centimètres de dilatation.
Enfant vivant avec BiP. de 10 cm. 5.

Dix-huit jours après, femme et enfant quittent la clinique en bon état.

Observation XX (résumée).

CANTON (*Ibid.*).

Rétrécissement du bassin. D. U. 8 cm 7. Grossesse gémellaire.

P. S..., 38 ans, primipare. Entrée à la clinique en travail commencé vingt-deux heures auparavant.

Hauteur de l'utérus, 38 centimètres; on diagnostique gros enfant à cause de l'existence d'un seul foyer d'auscultation. Présentation céphalique.

La femme reste dans le service seize heures : les membranes se rompent spontanément ; le liquide amniotique est fortement teinté de méconium ; cependant les battements du cœur sont normaux.

Cinq heures après, la tête ne s'engageant pas, les battements du cœur devenant irréguliers, on décide de pratiquer l'opération césarienne.

Ouverture de la paroi. Extraction de l'utérus et incision transversale de sa face postérieure.

On voit alors une grossesse gémellaire, et on extrait d'abord le deuxième enfant mort, complètement baigné de méconium, en état de rigidité.

Ensuite on extrait le premier en état de mort apparente. Vite ranimé.

On frictionne la cavité utérine avec compresse imbibée d'une solution de bichlorure de mercure à 1 p. 1000.

Suture à la grosse soie.

L'enfant présente une volumineuse bosse séro-sanguine.

Diamètre BiP. de 9 centimètres.

Suite de couches normales.

La mère et l'enfant quittent la clinique dans de très bonnes conditions.

Observation XXI (résumée).

BRINDEAU (*Bulletin de la Société d'obstétrique*, 1903, p. 246).

Durée du travail, vingt-quatre heures environ. Rupture des membranes, dix heures environ. Fœtus mort au moment de l'intervention par suite de la procidence du cordon. Guérison de la mère.

Femme P..., primipare, entrée à l'hôpital Saint-Antoine le 6 février 1903. Elle est au début du travail. Fœtus très mobile, assez petit. Col très élevé, refoulé en avant par une tumeur qui siège dans le cul-de-sac postérieur.

Dans la nuit rupture prématurée des membranes.

Le matin, col dilaté de 1 franc. On constate une procidence du cordon ayant déterminé la mort de l'enfant.

La tumeur est diagnostiquée kyste de l'ovaire enclavé.

Incision de l'utérus. Extraction d'un enfant mort de 2.550 gr.

Suites de couches normales. La mère sort en bon état.

Observation XXII (résumée).

VÉRON de Rennes (*Bulletin de la Société d'obstétrique*, 1903, p. 338).

Césarienne pratiquée neuf jours après le début du travail, vingt-quatre heures après la rupture des membranes. Fœtus souffrant : col incomplètement dilaté. Guérison de la mère ; enfant vivant.

L..., 35 ans, secondipare avec bassin oblique ovalaire gauche. Premier accouchement terminé par basiotripsie après soixante-douze heures de travail.

GROSSESSE ACTUELLE. — Dernières règles, 19 mars 1901. Entre en travail le 31 décembre: douleurs espacées, peu violentes, se reproduisant les jours suivants avec les mêmes caractères. Présentation de l'épaule.

8 janvier au matin, col effacé ; dilatation 2 francs.

8 janvier, 1 heure de l'après-midi, rupture spontanée de la poche des eaux ; bruits du cœur fœtal bons.

Le 9 janvier les bruits du cœur se modifient : souffrance marquée du fœtus. On pratique alors la césarienne.

Enfant: 3.070 grammes, vivant. Placenta extrait avec aisance ; membranes difficiles à décoller. Hémorragie assez notable.

Suites opératoires sans incidents.

Température maxima: 37°6 ; quelques vomissements les deux premiers jours.

Le vingt-deuxième jour L... sort de l'hôpital avec son enfant en très bon état.

La femme n'ayant pas de température, nous n'avons pas hésité à pratiquer la césarotomie qui ménageait plus sûrement les intérêts de l'enfant et qui ne nous paraissait pas dangereuse pour la mère.

REMARQUE. — Ce qui paraît étrange dans cette observation et qui n'est pas indiqué, c'est le pourquoi d'une attente aussi prolongée chez cette femme à bassin oblique ovalaire, chez laquelle un premier accouchement avait nécessité une basiotripsie ? Nous l'enregistrons cependant ; car elle rentre absolument dans le cadre de l'opération tardive.

Observation XXIII (résumée).

ANTIPAS (*Gazette médicale d'Orient*, 1904, p. 217).

*Durée du travail six jours. Rupture des membranes deux jours.
Femme atteinte de blennorrhagie. Grossesse gémellaire : un
enfant vivant, un mort. Guérison de la mère.*

Femme de 25 ans, primipare.

Quand le médecin est appelé, les douleurs existent depuis six jours ; la poche des eaux est rompue depuis deux jours. Au moment de l'examen, perte de méconium.

ÉTAT ACTUEL. — Femme abattue, utérus contracturé, empêchant de faire le diagnostic de grossesse gémellaire. Bruits du cœur d'un fœtus au moins bien perceptibles.

Par la vulve, écoulement de méconium et de sécrétion purulente. La parturiente dit avoir la blennorrhagie depuis trois ans. Dans le vagin granulations et ulcérations très accentuées.

Par un examen plus approfondi fait sous le chloroforme, les D^{rs} Nicoletto, Avronetti et Antipas constatent :

- 1° Sténose cicatricielle du vagin ;
- 2° Promonto-pubien minimum à peine 7 centimètres ;
- 3° Dilatation du col 5 francs.

Les fœtus sont vivants, en position transversale.

Version impossible vu l'absence de tout liquide amniotique et la contracture tétaniforme de l'utérus.

Embryotomie rejetée, les fœtus étant vivants et à cause également de la situation très élevée du col et des lésions graves et profondes du vagin.

Pour les mêmes raisons il ne pouvait pas être question de symphyséotomie.

Donc indication de césarienne.

La malade est avertie de la situation et du danger de l'intervention dans des conditions pareilles et est transportée dans une clinique chirurgicale. Anesthésie. Désinfection du vagin.

Après l'ouverture de la paroi, l'utérus est extériorisé et isolé au moyen de compresses. Incision verticale de l'utérus. Le méconium souille le champ opératoire protégé par des compresses. Extraction des deux fœtus, des deux placentas. On introduit une mèche de gaze dans l'utérus. Suture à la soie de la paroi utérine. Fermeture de la paroi abdominale.

Durée de l'opération trente minutes.

Les deux enfants, de sexe différent, du même poids pèsent ensemble 6 kgr. 300. L'un a respiré très vite ; l'autre était asphyxié.

Le lendemain, on enlève les tampons vaginal et intra-utérin, après désinfection du vagin, la sécrétion purulente étant toujours abondante.

Dans les jours qui suivent, injections répétées de permanganate de potasse.

Température maxima après l'opération : 37°7.

Quatorze jours après, la malade est en pleine convalescence et ne reste à la clinique que pour son affection vaginale.

REMARQUE DE L'OPÉRATEUR. — Les chances d'une infection péritonéale diminuent largement quand on retire l'utérus hors du ventre avant de l'ouvrir, autrement dit quand on pratique une opération extra-péritonéale ce qui est facile à faire, et ce que j'ai fait dans mon cas.

Observation XXIV (résumée).

GACHE (Buenos-Ayres). (*Annales de gynécologie et d'obstétrique*, 1902, p. 14.)

Travail plus de vingt-quatre heures. Rupture des membranes vingt-quatre heures. Guérison de la mère. Enfant vivant.

A... P..., 39 ans, III pare.

Premier accouchement à 25 ans, terminé artificiellement (ne sait pas comment) après trente-six heures de travail : fœtus mort.

Deuxième accouchement à 34 ans après quarante-quatre heures de travail ; accouchement artificiel ; fœtus mort. Déchirure considérable du périnée. Fistule recto-vaginale.

GROSSESSE ACTUELLE. — Entre pour la première fois à la Maternité le 14 mai 1901 à terme, en travail.

Membranes rompues depuis vingt-quatre heures.

Enfant vivant. Pas d'engagement ; tête peu accessible, mobile.

Femme rachitique : promonto-pubien minimum 7 centimètres. Opération césarienne.

Extraction d'un fœtus vivant de 3.750 grammes.

Une fois le placenta détaché, nettoyage de la cavité utérine avec gaze ; injection d'ergotine dans le parenchyme ; rétraction de l'utérus ; perte de sang à peu près nulle.

Suture de l'utérus en deux plans.

Suture abdominale en deux plans : premier plan à la soie, deuxième plan au crin.

Suites opératoires très heureuses.

La femme se lève vingt jours après, et sort avec son enfant la semaine suivante, les deux en bonne santé.

Observation XXV (résumée).

CHARLES (*Journal d'accouchements de Liège*, 1898, p. 467).

Opération césarienne pratiquée vingt et une heures après le début du travail et la rupture des membranes. Guérison de la mère ; enfant vivant.

M^{me} X..., 46 ans, institutrice primipare, se présente à 8 mois 1/2 de grossesse.

Parois utérines épaisses et dures et indications fournies par le toucher très imprécises par suite de l'étroitesse de la vulve et du vagin. Malgré tout on sent par le toucher un corps fixe de consistance ferme, doublant dans une grande étendue le segment inférieur de l'organe. Nous prévenons la malade que très probablement l'accouchement ne sera pas possible par les voies naturelles et qu'il faudra ouvrir le ventre.

La femme refuse toute opération mettant sa vie en danger.

Le 2 mai à 1 heure de l'après-midi, écoulement des eaux, liquide verdâtre (donc fœtus a souffert précédemment) ; apparition des douleurs. On hésite à intervenir et on attend la dilatation du col, espérant qu'on pourra faire sortir l'enfant par les voies naturelles.

Le 3 mai à 9 heures du matin (20 h. après le début du travail), aucune modification du côté du col : on entend encore les battements du cœur de l'enfant. A 10 heures opération césarienne.

L'enfant (sexe féminin) pesant 3.280 grammes en état de mort apparente, est ranimé au bout d'un quart d'heure et mis en couveuse.

Température maxima après l'opération 38°2. Dix-huit jours après l'opération la femme se lève ; elle s'en retourne chez elle quatre semaines après l'opération. L'enfant sort bien portant.

Observation XXVI (résumée).

BIDONE (traduit in Thèse de Saïas, 1907).

Opération césarienne pratiquée pour sténose syphilitique du col après diverses manœuvres pour dilater le col. Fœtus macéré. Annexes verts, mauvaise odeur. Guérison de la mère.

C... Louise, 32 ans, V. pare.

Première grossesse. — Application de forceps sur fœtus mort pendant le travail.

Après cet accouchement la femme prend la syphilis.

Deuxième grossesse spontanément interrompue au septième mois.

Troisième grossesse spontanément interrompue au sixième mois et demi.

Quatrième grossesse spontanément interrompue au septième mois.

Les fœtus étaient tous morts avant le travail.

GROSSESSE ACTUELLE. — Entre à la clinique le 27 juin 1899 enceinte de six mois. Pendant la grossesse nombreuses pertes de sang. On n'entend pas les bruits du cœur fœtal. Le col de l'utérus est dur, rigide, presque comme du cartilage. Bassin normal.

Le 7 juillet. — Pertes de sang ; quelques contractions utérines douloureuses jusqu'au 12 au matin.

Dans la journée du 12, douleurs utérines fréquentes et suffisamment énergiques.

T. à 37°8. P. à 112.

Le 12 à midi, incisions sur le col : pas de résultat ; à 5 heures

on tente la dilatation avec le dilatateur bivalve de Calderini.

Le 13 au matin, nouvel essai de dilatation.

Le col reste toujours dur et rigide.

On place un petit ballon qu'on laisse en place jusqu'au matin suivant. Contractions multiples dans la nuit.

Le 14. — A 9 heures, le ballon est toujours en place, et on ne peut le faire sortir qu'après l'avoir dégonflé.

Le col est dans les conditions identiques au début, couvert d'exsudats.

L'accouchement n'ayant aucune chance de se terminer spontanément, on décide de pratiquer la césarienne. La température se maintient à 38° ; le pouls bat à 120.

Technique opératoire classique. Pour qu'elle ne se trouve plus dans les mêmes conditions, on fait également l'ablation des ovaires.

Le fœtus pesait 650 grammes. Il était macéré.

Les annexes étaient verts et sentaient mauvais.

Du côté du placenta, lésions d'altérations spécifiques.

Les suites de couches apyrétiques se passèrent régulièrement, les lochies normales et pas fétides.

Le onzième jour, la femme se lève.

Le quinzième jour elle quitte l'hôpital.

Observation XXVII

BÉCHET (d'Avranches) in *Progrès médical*, 1896, 4. s. p. 373.

Une opération césarienne à la campagne. Grossesse à terme chez une rachitique à bassin vicié. Intervention après trois jours de travail. Enfant vivant. Guérison.

Dans la soirée du 4 janvier dernier, mon confrère M. le D^r Isabel, me communiquait une lettre du médecin d'un canton

voisin, M. le Dr Année, lui donnant rendez-vous pour le lendemain matin près d'une parturiente à bassin rétréci, chez laquelle l'accouchement ne pouvait se terminer spontanément. Le lendemain, 5 janvier, vers 1 heure de l'après-midi, mes deux confrères me faisaient demander d'aller les rejoindre le plus vite possible avec le matériel et les objets de pansement nécessaires pour pratiquer une opération césarienne.

Le temps de stériliser instruments et pièces de pansement, de nous assurer le concours d'un quatrième confrère, M. le Dr Héon, et de franchir sur le verglas les 16 kilomètres de mauvais chemin qui séparent Avranches du domicile de la parturiente, il était plus de 4 heures quand nous arrivâmes près de la malade. Or, le 5 janvier, à cette heure, sous bois, dans une misérable chaumière enfumée, il fait déjà nuit.

MM. les Drs Année et Isabel, qui sont là déjà depuis quelques heures, ont pris soin d'aménager, dans la mesure du possible, l'unique pièce du logement et nous mettent au courant de la situation.

Marie B... veuve Mu..., est âgée de 38 ans; depuis plusieurs années déjà, elle a perdu ses parents et ignore à peu près tout ce qui a trait à sa première enfance; elle se souvient seulement qu'elle avait au moins trois ans, quand elle a commencé à marcher, et que sa taille a toujours été très inférieure à celle des enfants de même âge. La menstruation, établie à quinze ans et demi, a toujours été régulière, quoique un peu douloureuse, et obligeait souvent Marie B... à garder le repos pendant une journée. La santé générale excellente, à part quelques migraines, lui permet, malgré la brièveté de ses jambes et de ses bras, de faire de longues courses et de se livrer aux travaux de couture et de ménage.

Mariée à 36 ans, sans tenir compte des conseils de tous ceux qui l'entouraient, Marie B..., enceinte pour la première fois, a vu ses règles finir le 23 mars 1895. Aucun trouble au cours de la grossesse, malgré la violente émotion causée par la mort accidentelle de son mari, au mois d'octobre, alors qu'elle était enceinte de six mois. Elle se savait mal conformée; ses voisins lui avaient maintes fois répété qu'elle ne pouvait mettre son enfant au monde; malgré ces sages avis, avec une insouciance complète, elle attend le 25 décembre, presque l'époque présumée du terme de sa grossesse, pour se présenter chez M. le Dr Année et lui demander de l'assister; mais ce dernier, absent de son domicile, ne peut l'examiner, et ne connaît à quelle cliente il a affaire que lorsqu'il est appelé chez elle le 4 janvier.

Les premières douleurs ont apparu dans la nuit du 2 au 3; la rupture des membranes s'est produite le 4 au matin; enfin à 4 heures du soir (nos paysannes sont patientes, le médecin est loin et retenu ailleurs), M. le Dr Année l'examine, constate un rétrécissement du bassin et demande l'aide d'un confrère, malheureusement sans spécifier à quel genre d'intervention, il faudra avoir recours, oubli bien excusable, mais dont le résultat est une nouvelle attente de vingt-quatre heures pour la patiente.

L'examen, que je pratique à mon arrivée, me montre une femme très petite; sa taille est exactement de 1 m. 19; la brièveté extrême des membres (50 centimètres de l'épine iliaque à la plante du pied; 39 centimètres de l'acromion à l'extrémité du médius) contraste avec le buste dont la longueur est presque normale. Tous les os des membres sont incurvés et noueux; mais il n'y a pas de nodosités sur les côtes, peu de déviation de la

colonne vertébrale ni du sternum. Une tête large et carrée avec un front élevé et des yeux intelligents, couronne ce petit corps rachitique. Le palper abdominal est assez facile, car les contractions utérines, violentes et très douloureuses pendant les deux premières journées, sont maintenant rares et faibles. On reconnaît la présence de la tête sous l'hypocondre droit, et on devine, à gauche, la courbe du dos; on ne perçoit pas de mouvements actifs du fœtus; mais le stéthoscope permet d'entendre nettement les bruits du cœur encore très réguliers, malgré la longueur du travail; leur maximum est à gauche et à la hauteur de l'ombilic. Le toucher vaginal révèle la proximité extrême du promontoire,) qui, surplombant le détroit supérieur, presque à la hauteur de la symphyse, réduit à 6 cm. $1/2$ le diamètre promonto-sous-pubien, mesuré sans déduction. Deux doigts placés côte à côte trouvent difficilement place entre le promontoir et le bourrelet épais de la symphyse pubienne. L'index explorant successivement les deux côtés du bassin les trouve symétriques; l'excavation ne présente rien de spécial; les branches ischio-pubiennes restent rapprochées l'une de l'autre et la distance qui sépare les deux ischions est d'environ 7 centimètres. Le col de l'utérus est très élevé, difficilement accessible, à une dilatation de 4 cm. $1/2$ à 5 centimètres; le doigt conduit le plus haut possible arrive sur une partie fœtale très mobile qui paraît être un talon.

Bien que fatiguée par la longueur du travail, la malade est loin d'être épuisée; la diminution et l'éloignement des contractions utérines lui ont permis de prendre un peu de repos dans les dernières heures. Elle n'a pas de fièvre, les urines ne sont pas albumineuses.

Après cet examen, nous sommes d'accord, mes confrères et

moi, pour admettre que, même en cas de mort de l'enfant, l'étroitesse du bassin ne nous eût probablement pas permis de pratiquer l'embryotomie, que la symphyséotomie ne nous donnerait pas un passage suffisant, et que, *malgré les conditions si défectueuses où nous nous trouvons, l'opération césarienne reste notre unique ressource* ; la patiente d'ailleurs l'admet, sachant le sort qui lui est réservé en cas d'abstention et les risques qu'elle court pendant et après l'intervention.

Immédiatement une table est préparée avec, comme coussin, une couche de paille recouverte d'un drap à peu près blanc ; une lampe fumeuse suspendue à une poutre va nous éclairer tant bien que mal, deux chaises boiteuses réunies par une planche reçoivent les plateaux où sont les instruments. A défaut d'un bain général, après que le pubis a été rasé, les régions abdominale et vulvaire sont soigneusement savonnées et désinfectées, puis recouvertes de compresses de tarlatane stérilisées, enfin catéthérisme vésical et injection vaginale avec une solution de bichlorure à 1/2.000. L'anesthésie par le chloroforme commencée à 5 heures 1/2 est facilement supportée.

L'ouverture de la paroi abdominale faite sur la ligne blanche commence à 6 centimètres au-dessus de l'ombilic et se termine à quatre travers de doigt du pubis. L'utérus rapidement découvert vient s'appliquer contre les lèvres de la plaie. Ma main, introduite dans l'abdomen, reconnaît à la consistance de la paroi utérine, l'insertion du placenta à la partie supérieure de la paroi antérieure ; continuant son exploration, elle perçoit à droite de petites parties fœtales, et par un mouvement de torsion imprimé à la matrice amène cette région dans l'axe de la plaie abdominale. Le Dr Isabel, placé en face de moi, maintient l'utérus dans cette situation et y applique fortement les lèvres

de l'incision cutanée que bordent déjà des compresses de gaze. L'utérus est à sa partie inférieure ponctionné au bistouri, l'index gauche qui remplace aussitôt l'instrument tranchant pénètre dans la cavité utérine, prend notion des parties fœtales qu'il protège et guide de forts ciseaux qui ouvrent rapidement la matrice de bas en haut, jusqu'au voisinage du fond. La main droite est alors introduite tout entière, saisit par la nuque l'enfant qui était en position S. I. G. P. et l'amène facilement au dehors ; le cordon ombilical est coupé entre deux pinces et l'enfant qui vient de crier, confié à une assistante. La main replonge immédiatement pour détacher et enlever le placenta ; il vient en entier, mais les membranes sont partiellement encore dans la matrice ; une nouvelle exploration en amène les lambeaux. Un flot de sang très abondant a accompagné l'ouverture de l'utérus et l'extraction de l'enfant ; à ce moment la compression énergique exercée par le Dr Isabel et deux injections sous-cutanées d'ergotine de Yvon, pratiquées par le Dr Héon, ont arrêté l'hémorragie. Nettoyage de la surface interne de l'utérus avec des tampons de gaze aseptique, solution de lysol et eau filtrée bouillie. Aucune mèche de gaze dans la matrice.

Deux étages de suture continue à la soie affrontent les bords épais de la plaie utérine. Pas une goutte de sang n'a pénétré dans la cavité péritonéale.

La cavité abdominale est refermée à son tour d'abord par une suture continue qui réunit le péritoine, puis par une suture à points séparés comprenant le plan musculo-cutané. Pansement à l'iodoforme, gaze iodoformée; ouate fixée par un bandage de flanelle.

L'opération est achevée à 6 h. 50 ayant duré environ une heure vingt minutes.

La malade se réveille facilement, ne souffre pas et s'informe de son enfant : c'est une petite fille parfaitement constituée pesant 2.480 grammes.

La température axillaire au moment du réveil était de 36° 9 ; le lendemain matin de 38° 2 ; vingt-quatre heures après l'opération elle montait à 38° 6 ; à partir de ce moment elle est restée toujours normale. Les suites ont été simples ; un peu de diarrhée pendant quarante-huit heures ; jamais de douleurs abdominales. L'écoulement des lochies a eu lieu comme après un accouchement normal par le vagin non tamponné. Il n'a pas été fait d'injections vaginales, mais de simples toilettes vulvaires bi-quotidiennes.

Dix jours après l'opération, le pansement a été levé pour la première fois, et on a enlevé la majeure partie des sutures superficielles ; cinq jours plus tard les derniers fils ont été coupés. Réunion parfaite. Utérus peu sensible.

M. B... a commencé à se lever le 6 février, soit au bout d'un mois, et a bientôt repris ses occupations ; elle a vu son retour de couches le 25 février ; depuis lors sa santé est parfaite.

Son enfant est également en parfait état.

Observation XXVIII (résumée).

FORSTER. (*Bulletin médical des Vosges*, juillet 1894, p. 18).

Une opération césarienne à la campagne. Durée du travail : huit jours. Membranes rompues depuis plusieurs jours. Bons résultats pour la mère et l'enfant.

Le vendredi 2 mars 1894, je vis accourir chez moi le nommé B..., me priant de venir secourir sa femme âgée de 33 ans,

en travail depuis huit jours, et que la sage-femme se déclarait impuissante à délivrer. Il était 8 h. 1/2 du soir.

A l'examen je constatai un rétrécissement transversal extraordinaire : 3 centimètres environ. A travers cette fente osseuse, je réussis à toucher la tête de l'enfant. Les membranes étaient rompues depuis quelques jours probablement.

Je déclare à la sage-femme qu'il ne me reste qu'une seule chose à tenter pour sauver la femme B..., et son enfant : l'opération césarienne. J'écrivis au Dr T... de venir m'assister, et pendant ce temps, je retournais chez moi chercher les instruments indispensables.

Une fois revenu, je pris les dispositions nécessaires à l'exécution d'une opération aussi grave devant être faite au milieu de la nuit, dans un village. Je fis apporter une table longue de l'auberge et disposai au plafond un crochet devant servir de support à la lampe qu'avait bien voulu nous prêter le tailleur de l'endroit.

Le Dr T... était arrivé. Nos préparatifs étaient terminés quand nous nous aperçûmes que le catgut nous manquait. L'idée nous vint alors d'employer une corde de violon. Le mari de la sage-femme qui était joueur de violon, en mit une à notre disposition et nous la stérilisâmes de notre mieux en la trempant dans une solution de sublimé. Tout était préparé. La parturiente est placée sur la table, nettoyée au savon, sublimé. Incision de la paroi abdominale.

Ouverture du péritoine : il s'échappe une certaine quantité de liquide citrin. Le péritoine fut lavé au sublimé et mis à sec à la gaze iodoformée. Ouverture de l'utérus : l'enfant se présente de lui-même ; le cordon est coupé et l'enfant sorti ; son poids atteignait 4,327 grammes.

Le placenta est enlevé. A ce moment violente hémorragie. Un gros tampon de coton est introduit dans l'utérus et compression. Injection d'ergotine. L'hémorragie s'arrête.

Quatre sutures profondes avec la corde de violon. Suture de la paroi abdominale. A l'angle inférieur de la plaie, je plaçai un tube à drainage par lequel devaient s'écouler les liquides que la séreuse sécréterait encore.

Pansement à la gaze iodoformée, coton hydrophile, etc.

Durée totale de l'opération : cinquante-deux minutes.

Suites opératoires des plus simples.

Le tube fut enlevé au bout de cinq jours.

Au dixième jour la réunion était parfaite.

Pendant les dix-huit premiers jours, régime lacté, 3 litres par vingt-quatre heures.

Observation XXIX

(*Bulletin de l'Académie de médecine de Paris* 1897, 3^e s. p. 9.)

Il s'agit d'une femme de 40 ans, accouchée déjà cinq fois à terme d'enfants vivants, la dernière fois il y a neuf ans. Enceinte pour la sixième fois, cette femme en travail fut envoyée d'Auzin à l'Hôtel-Dieu de Valenciennes par le Dr Canonne qui avait reconnu chez elle un cas de dystocie.

Le Dr Lecerf l'examina alors. Il apprit que le travail avait débuté le même jour 13 mai après minuit et que les membranes s'étaient rompues spontanément à 3 heures du matin. Après anesthésie, il reconnut dans l'excavation la présence d'une tumeur oblongue de consistance lignée, intimement accolée au sacrum et ne laissant entre elle et le pubis qu'un interstice où le

doigt s'engageant péniblement rencontra l'orifice utérin et put sentir la tête fœtale. Ne pouvant songer à une délivrance par les voies naturelles, le Dr Lecerf résolut de pratiquer l'opération césarienne après avis et avec l'aide du Dr Mariage.

L'opération eut lieu quelques heures après l'entrée de la patiente. Extraction facile d'un enfant vivant de 7 livres... Les suites de cette intervention furent des plus simples ; cette femme se levait le quatorzième jour et quittait complètement guérie et avec son enfant l'hôpital de Valenciennes le 6 juin, c'est-à-dire vingt-cinq jours après son opération.

Observation XXX (résumée).

(CHARLES, in *Journal d'accouchements de Liège*, 1906.)

Epouse C..., 33 ans, se présente à la maternité de Liège le 15 octobre 1904 à terme et en travail, avec les eaux écoulées et un col à peine entr'ouvert.

C'est une femme rachitique, haute de 1^m.40.

Ne peut donner aucun renseignement sur son enfance.

Réglée à 17 ans.

Diamètre P. P. m. 7 cm. 1/2.

La tête fœtale déborde le pubis, et il n'y a aucun espoir de la voir franchir le rétrécissement.

Donc nous décidons l'opération césarienne.

Opération sans incidents.

Le nouveau-né pèse 2.420 grammes.

Suites très heureuses.

Cette femme se représenta à la clinique le 30 janvier 1906 où on lui fit une seconde césarienne. L'observation n'indique pas

si le travail durait depuis longtemps et si la poche des eaux était rompue. Elle succomba vingt-sept heures après l'opération. M. le professeur Charles explique sa mort par une dépression profonde de son système nerveux survenue à la suite de disputes violentes avec son mari, et d'une grande frayeur de la maternité, persuadée qu'elle était de laisser sa vie dans cet accouchement. L'enfant était vivant.

Observation XXXI (résumée).

VANVERTS (*Journal des sciences médicales de Lille*, 1888).

Travail trente-six heures. Rupture des membranes quelques heures.

Femme de 27 ans, primipare. Entre à l'hôpital Sainte-Eugénie le 4 juillet 1879, à terme, le travail étant déjà commencé.

Diamètre antéro-postérieur 7 cm. 1/2.

Au bout de vingt-quatre heures, rupture des membranes. Le col reste toujours haut, à peine dilaté.

Le 5 juillet à 5 heures du matin on fait l'opération césarienne. Incision de la paroi. Section de l'utérus ; on tombe sur le placenta qui fut extrait le premier ; puis on sortit l'enfant en excellente santé. Comme il y avait une assez forte hémorragie, on fit la suture de l'utérus à l'aide de catgut (8 sutures).

Fermeture de la paroi. Pansement compressif.

Les suites de l'opération furent assez longues ; toutefois l'opérée put se lever un mois après et quitter l'hôpital au bout de quarante jours.

Observation XXXII (résumée).

PERRIGAULT ET LAUMONNIER (*Concours médical*, 1884, p. 537).

Opération césarienne pratiquée vingt-quatre heures après le début du travail et dix-neuf heures après la rupture de la poche des eaux après de vaines tentatives de version et d'embryotomie l'enfant étant mort. Guérison de la mère.

D. B..., 22 ans, primipare.

22 juin 1884. — 7 heures du matin début du travail ; à midi rupture des membranes.

Sage-femme appelée à 7 h. 1/2 du soir ; bras procident ; envoie chercher le Dr Perrigault qui arrive à 10 heures, réduit la procidence du bras. Presque immédiatement procidence du cordon. De 1 heure du matin à 4 heures, deux grammes de seigle ergoté en deux piqûres. A 4 heures on peut introduire dans l'utérus la main qui est douloureusement serrée. Méconium. Pulsations du cordon de plus en plus faibles.

Tentatives répétées et infructueuses de version.

Mort du fœtus. Essais d'embryotomie. Tractions prolongées mais infructueuses (l'épaule droite de l'enfant rendant la tête difficilement accessible). Il est 7 heures du matin, c'est-à-dire vingt-quatre heures après le début du travail, dix-neuf heures après la rupture des membranes, après tentatives infructueuses de version et d'embryotomie. Opération césarienne décidée. Chloroformisation à 9 heures du matin. Incision de la ligne blanche sur une hauteur de 15 centimètres. Incision de l'utérus en place sur une hauteur de 12 centimètres environ. Hémorragie assez abondante : on tamponne. L'enfant est extrait par

la plaie utérine : il pèse 4 kilog. Le décollement du placenta se fait sans encombres.

Quatre sutures simples avec du fil de soie ciré, distantes l'une de l'autre de 3 centimètres, en laissant à la commissure inférieure le passage nécessaire pour une sonde en gomme du n° 10 filière Charrière qui mettra en communication la cavité utérine avec l'extérieur et qui permettra de faire des injections intra-utérines qui sortiront par le vagin.

On éponge : on enlève quelques caillots et après avoir rendu aussi exsangue que possible la cavité péritonéale, on procède à la suture de la paroi abdominale ; quatre points équidistants avec fils de soie cirés. Pansement (bandelettes de sparadrap à la glu, taffetas anglais, plumasseau de charpie, compresses, ouate, bandage de corps).

Immédiatement après l'opération, pouls petit, précipité à 140, mais net.

Dans les jours qui suivent, le pouls descend progressivement à 120, 100, 90, 85 pulsations.

Les 25 et 26, injections par la sonde.

Cinq jours après l'opération, on enlève la sonde : suintement sanieux par l'angle inférieur de la plaie. Dans les dix jours qui suivent, la fistule abdominale a donné issue à une très faible quantité de pus. Régression classique de l'utérus.

Du 1^{er} au 14 juillet. — Injection utérine d'eau chlorurée ou phéniquée matin et soir.

Le 9 juillet. — La fistule est complètement fermée.

Le 14. — L'examen du bassin est pratiqué et donne 6 centimètres de diamètre antéro-postérieur.

Le 18 juillet. — État on ne peut plus satisfaisant : la femme se lève et marche.

Observation XXXIII (résumée).

FABRE. (*Lyon médical*, t. CVI; année 1906, p. 952.)

Césarienne pratiquée après quatre jours de travail. Bassin généralement rétréci. Guérison de la mère. Enfant vivant.

Madeleine D..., ménagère, 42 ans. Petite, 1 m. 32, mais pas disproportionnée: naine. Bassin généralement rétréci. Diamètre utile, 7 centimètres.

Le 30 décembre 1905. — L'utérus a une hauteur de 31 centimètres. Les douleurs ont commencé les jours précédents.

Col dilaté à 5 centimètres.

Opération césarienne le 31 décembre.

Extraction de l'enfant en état de mort apparente, mais ranimé au bout d'un quart d'heure.

Suture de la paroi utérine à la soie.

Mèche de drainage par le vagin.

Le 6 janvier. — Ablation des fils : légères douleurs abdominales causées par la formation dans la paroi abdominale d'un abcès ouvert et évacué le 15 janvier.

Suites de couches normales.

Observation XXXIV (résumée).

CHARLES (*Journal d'accouch.*, de Liège 1904, p. 397).

Césarienne conservatrice chez une primipare rachitique au neuvième mois de la grossesse avec un bassin aplati de 7 cm. 1/2. Opération pratiquée après quarante-cinq heures de travail. Suites favorables pour la mère et l'enfant.

C..., primipare, 31 ans, arrive le 15 octobre 1904 à 11 heures du soir ressentant les premières douleurs. Rachitique. Bassin aplati.

Promonto-pubien minimum : 7 cm. 1/2. Col élevé commençant à s'entr'ouvrir.

Le 16 se passe sans incidents notables.

Au moyen de céphalomètre Peret, nous estimons le bi-pariétal à 8 cm. 3 et nous espérons que peut-être il pourra se réduire à 8 millimètres et passer par le promonto-pubien minimum 7 cm. 1/2.

Le 17 au matin, malgré les contractions énergiques, la tête n'a aucune tendance à s'engager.

A 8 heures du soir, battements du cœur plus sourds et plus lents : souffrance marquée du fœtus. Nous pratiquons alors la césarienne. Technique classique.

Enfant du sexe féminin 2.420 grammes, vivant.

Suites de couches très simples.

Observation XXXV (résumée).

FÉROUELLE, in Thèse Paris, 1902.

Chancres du col. Dystocie. Opération césarienne quatre jours après le début du travail. Guérison de la mère; enfant vivant.

Augustine J..., 27 ans, primipare, entre à la maternité de l'Hôtel-Dieu le 5 janvier 1902 à 4 heures du soir, présentant quelques douleurs depuis une heure.

Antécédents personnels. — Réglée à 17 ans, irrégulièrement.

GROSSESSE ACTUELLE. — Dernières règles : 5 avril 1901.

Vers le commencement du huitième mois, éruption généralisée sur le tronc et les membres inférieurs. N'a rien remarqué du côté de ses organes génitaux externes.

Fœtus en OIGA.

Par le toucher, le doigt perçoit, à la partie antérieure du col, un bourrelet induré en forme de croissant dans la concavité duquel on sent une ulcération arrondie donnant immédiatement l'impression d'un chancre syphilitique du col.

Le 6 janvier. — Col en voie d'effacement. Douleurs moins fortes que la veille.

Le 7 janvier. — Douleurs espacées. Les bruits du cœur du fœtus sont bons. Dilatation, 50 centimes.

Le 8 janvier. — Douleurs fortes.

Le 9 janvier. — Douleurs violentes à partir de 1 heure du soir. En présence de l'état de la malade, fatiguée et épuisée par les douleurs, et voyant que la dilatation ne progresse pas, M. Champetier de Ribes décide de faire l'opération césarienne conservatrice si l'œuf n'est pas infecté.

Opération césarienne suivant la méthode classique : liquide amniotique absolument normal. Extraction d'un enfant vivant de 3.600 grammes.

Température maxima : 39°4 trois jours après l'opération.

Pouls 140.

Vingt jours après l'opération : bon état général. État de l'enfant parfait.

Observation XXXVI (résumée).

MARTIN. (*Revue médicale de Normandie*, 1900, p. 285.)

*Opération césarienne pratiquée 2 jours après
le début du travail.*

M^{me} M..., 25 ans, primipare. Se présente à terme le 4 novembre 1899, en travail depuis deux jours, poche des eaux intacte : enfant mort depuis deux jours.

Embryotomie impossible par suite d'une tumeur volumineuse remplissant l'excavation pelvienne et qui empêcherait le passage de la tête fœtale même broyée.

Operation césarienne le 6 novembre.

Après l'extraction du fœtus, excision d'un volumineux fibrome pédiculé sous-péritonéal.

Suture de l'utérus, de l'abdomen. Aucun accident sérieux.
T. maxima 38°.

Au bout de trois semaines la malade se lève et reprend ses occupations continuelles.

Observation XXXVII (résumée).

LAURENT (*Tribune médicale*, Paris, 1898, p. 247).

*Opération césarienne pratiquée avec succès sur la fille L...
le 23 octobre 1897, cinq jours après le début du travail.*

Dr Laurent appelé auprès de la parturiente en pleine campagne bretonne à Josselin dans une misérable hutte, quatre jours après les premières douleurs.

État général de la femme pas très satisfaisant.

Température : 38°4; pouls à 110. Douleurs toutes les dix minutes. Enfant à terme, siège complet, en état de souffrance. Par le toucher, constatation d'un rétrécissement énorme du bassin, 4 cc. 4.

Poche des eaux intacte.

Le Dr Laurent fait appeler deux autres confrères éloignés de plus de 20 kilomètres qui, par suite de la distance, ne peuvent arriver qu'à 5 heures du soir avec les instruments nécessaires.

L'opération est pratiquée dans une misérable chaumière servant en même temps d'écurie. Tirage de la cheminée insuffisant si bien que la porte doit être laissée ouverte pour laisser

sortir la fumée. Table d'opération constituée par une huche à pain.

Instruments bouillis. Injections vaginales. Incision de la paroi abdominale, de l'utérus : hémorragie ; injection de 1/2 milligramme d'ergotinine.

Ponction des membranes.

L'utérus se rétracte sur le fœtus par suite de l'injection d'ergotinine. Extraction de l'enfant. Décollement du placenta. Hémorragie effrayante. Nouvelle injection d'ergotinine et pression sur le col de l'utérus et l'aorte. L'hémorragie s'arrête.

Sutures profondes et superficielles de l'utérus. Les compresses faisant défaut, la toilette du péritoine est quelconque. Tout au plus peut-on retirer avec la main les énormes caillots de sang qui remplissent les culs-de-sac de Douglas. Suture de la paroi abdominale ; pansement antiseptique. Enfant du sexe masculin vivant.

Injection à la mère d'éther et de caféine.

Le lendemain : 38°5. Injection de 500 grammes de sérum artificiel ; 0 gr. 80 de chlorhydrate de quinine.

Jours suivants, températures de 39°, 39°1, 39°, 38°5. Régime lacté, grogs, potions à l'éther et acétate d'ammoniaque, quinine. Pas de vomissements : le ventre est resté souple, sans trace de péritonite.

Observation XXXVIII (résumée).

VANVERTS (in *Journal des Sciences médicales de Lille*, 1888, p. 313).

Césarienne après trente-six heures de travail. P.Pm. : 5 cm. 1/2. Guérison de la mère. Enfant vivant.

M^{me} D... à Lille se présente à l'hôpital le 3 février 1886 au soir en mal d'enfant depuis plus de vingt-quatre heures, assis-

tée par M. Maeght, médecin fort versé dans la pratique obstétricale et qui avait indiqué comme seule ressource l'opération césarienne.

A l'examen on trouve un promonto-pubien minimum de 5 cm. 1/2 à 6 centimètres.

Poche des eaux intacte. Dilatation du col 1 franc.

Comme il se faisait tard, l'opération fut remise au lendemain.

Le 4 février au matin on pratique l'opération césarienne. Incision de l'abdomen, de l'utérus, après injection à l'avant-bras de 1 gramme de solution d'ergotine au 1/10. Rupture des membranes.

Extraction d'un enfant vivant et en bon état. Décollement du placenta. A ce moment léger incident causé par l'inversion utérine.

Suture de l'utérus. Pas d'hémorragie. Fermeture de la paroi. Pansement de Lister. Un double drain est placé dans l'utérus et le vagin et coupé au ras de la vulve. On l'enlève trois jours après.

Neuf jours après l'opération, la femme se lève. Petite fistulette à la partie inférieure de l'incision abdominale qui se ferme au bout de quatre mois. Enfant en excellente santé.

LES RÉSULTATS

Nous ferons une classe à part des quatre opérations pratiquées à la clinique Tarnier (obs. I, II, V, VI), et des deux (obs. III et IV), dues à la pratique personnelle de M. Lepage.

Dans l'observation I, travail de plus de vingt-quatre heures.

Dans l'observation II, l'opération fut pratiquée cinquante et une heures après le début du travail après vaines tentatives de dilatation du col avec l'écarteur Tarnier. Chancre syphilitique du col. Leucorrhée abondante.

Travail de neuf heures. Rupture spontanée des membranes onze heures avant l'opération (obs. III),

Dans l'observation IV, la césarienne fut pratiquée deux jours après le début du travail et deux heures et demie après la rupture des membranes.

Travail de plus de dix heures ; rupture spontanée des membranes quatre heures avant l'intervention. Touchers répétés (obs. V).

Enfin dans l'observation VI, les conditions sont encore plus défavorables : travail de plus de quarante-huit heures. Rupture des membranes depuis neuf heures. Voyage de Versailles à la clinique Tarnier en plein travail. Femme dans un état de saleté repoussante. Souffrance du fœtus.

Toutes ces malades furent donc opérées en plein travail ; quatre, après la rupture des membranes, deux après avoir subi des contacts plus ou moins suspects. On n'eut pas à se repentir d'avoir dans ces six cas pratiqué l'opération césarienne, puisqu'on obtint six heureux résultats pour la mère et pour l'enfant.

Dans trois cas, les suites furent remarquablement simples.

Dans les trois autres cas (obs. II), la malade présenta une suppuration assez longue de sa plaie abdominale, une phlébite de la jambe gauche avec élévation de la température à 39°4 de la pyurie. Son état ne fut jamais alarmant. Elle guérit et sortit de la clinique deux mois et demi après l'opération.

Phlébite double chez une autre opérée (obs. III).

Léger abcès du sein chez celle de l'observation V.

En somme excellents résultats puisque les six opérées guérissent ; il semble même difficile d'établir pour quelle part intervint l'opération tardive dans l'apparition des divers incidents des suites de couches ; car ne sommes-nous pas à même, après des opérations faites ou paraissant faites tout au moins dans les conditions les plus aseptiques, après des accouchements normaux,

de constater des incidents infectieux du côté des jambes, des seins, etc.

Les six enfants s'élevèrent tous bien dans la suite, et sortirent bien portants de l'hôpital.

Si nous examinons maintenant les résultats de nos autres observations, nous voyons que dans quatre cas de grossesse simple, on eut à opérer pour extraire quatre fœtus morts : procidence du cordon (obs. XXI et XXXII), fœtus mort et macéré (XXVI), fœtus mort quand la femme se présente à l'hôpital (obs XXXVI). Dans deux grossesses gémellaires (obs. XX et XXIII) un des fœtus fut extrait mort.

Dans ces six cas, l'embryotomie, qui se présentait comme l'opération de choix, fut rendue impossible par suite de la rigidité pathologique du col ou de la présence de tumeurs empêchant le passage de la tête du fœtus même broyée.

Les résultats pour les mères furent excellents : un seul décès (ob. VII) dû non pas à l'intervention mais à des brûlures accidentelles quinze jours après l'opération.

Nous nous plaisons à constater ces heureux résultats, en faisant remarquer cependant qu'étant dues à des opérateurs différents, ces observations ne nous permettent pas de tirer les mêmes conclusions pronostiques que si elles appartenaient toutes à la pratique d'un même accoucheur. De plus, il en est quelques-unes dont les résultats, de l'aveu même de leurs auteurs, sont considérés comme exceptionnels sinon comme merveilleux. Il est donc fort possible que les cas heureux et

extraordinaires aient été seuls publiés parce que bons, et qu'un grand nombre d'autres avec résultats moins satisfaisants aient été passés sous silence.

Néanmoins les six premières observations ajoutées aux cinq suivantes pratiquées à la Maternité d'Angers et aux cas récents publiés par MM. Potocki et Grosse, avec heureux résultats, semblent faire prévoir pour la césarienne une ère nouvelle et un champ plus étendu.

Ce n'est qu'avec des observations plus nombreuses que l'on pourra voir définitivement si la voie est bonne, si on peut sûrement s'y aventurer ou si on la doit au contraire abandonner.

CONCLUSIONS

1° Lorsqu'il y a indication absolue à l'opération césarienne, celle-ci doit être pratiquée au commencement ou avant tout début de travail.

2° Lorsqu'il y a indication relative à l'opération césarienne, dans les cas limite, et que les éléments d'appréciation par l'exploration clinique sont insuffisants pour déterminer la terminaison de l'accouchement, on peut, en s'entourant le plus possible des conditions d'asepsie et d'antisepsie voulues, attendre, espérant l'accouchement spontané, et si celui-ci ne paraît pas possible, faire l'opération césarienne tardive.

3° Nous appellerons opération césarienne tardive une opération faite après un minimum de douze heures de travail, que les membranes soient intactes ou rompues.

4° Cette opération ainsi comprise, n'est pas une opération d'urgence. Elle peut le devenir quand les femmes n'ont pas été suivies pendant tout leur travail.

5° La césarienne tardive est conservatrice. Elle agrandit le champ des indications de l'opération césarienne.

Elle restreint le champ de l'opération de Porro, et tend à supprimer l'embryotomie sur l'enfant vivant.

6° La contre-indication est l'infection nette avec grosse élévation de température, frissonnements, fétidité des liquides.

Dans les cas douteux, on devra pendant les jours qui suivent l'opération se tenir prêt à recourir à l'ablation de l'utérus.

7° Le manuel opératoire présente les particularités suivantes : nécessité d'opérer hors du ventre, — de protéger sévèrement le péritoine, — de drainer.

Vu : le Président de la thèse
PAUL BAR

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
le Vice-recteur de l'Académie de Paris
LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- ANTIPAS. — Un cas de chirurgie d'urgence. *Gazette médicale d'Orient*. Constantinople, 1904-1905, p. 217.
- BAR, BRINDEAU ET CHAMBRELENT. — La pratique de l'art des accouchements. (Article : *Césarienne*.)
- BAR. — Leçons de pathologie obstétricale. Fascicule I.
— Deux questions obstétricales. Leçon faite à la maternité de Saint-Antoine le 23 janvier 1902.
- BÉCHET. — Une opération césarienne à la campagne. *Progrès médical*. Paris, 1896, 3 s., p. 373.
- BONNAIRE. — *Presse médicale*, 5 octobre 1907.
- BOQUEL. — *Bulletin de la Société d'obstétrique de Paris*, 20 nov. 1901.
— *Archives médicales d'Angers*, 4 août 1903.
- BRÉAU. — *Thèse Paris*, 1905-1906. Contribution à l'étude de l'accouchement dans les bassins rétrécis.
— Du moment de choix pour entreprendre la césarienne. *Annales médicales d'Angers* 1906, p. 33.
- BRINDEAU. — Cinq opérations césariennes. *Bulletin de la Société d'obstétrique de Paris*, 1903, VI, p. 246.
- BUDIN ET DEMELIN. — Manuel pratique d'accouchements et d'allaitement. (Article : *Césarienne*.)
- CANTON. — Vingt-cinq cas d'opération césarienne conservatrice sans mortalité maternelle. Indication et contre-indication. *Annales de gynécologie et d'obstétrique de Paris*, 1907, p. 542.
- CHARLES. — *Journ. d'accouch.* Liège, 1898, p. 467. — 1904, XXV, p. 397. — 1905, XXVI, p. 190.
- DEMELIN. — Note statistique sur l'opération césarienne depuis 1887. *Ann. de la Soc. obstétr. de France*, 1895, p. 110.
- FORSTER. — Une opération césarienne à la campagne. *Bull.*

- méd. des Vosges. Rambervilliers, 1893-1894, VIII, p. 18.
- GACHE. — Cinq observations d'opération césarienne. *Annales de gynéc. et d'obst. de Paris*, 1902, LVIII, p. 14.
- GROSSE. — Opération césarienne d'urgence. *C. R. de la Soc. d'obst., de gynéc. et de péd. de Paris*, juin 1907.
- GUILLET. — *Thèse Paris*, 1904. L'opération césarienne d'urgence.
- LAURENT. — Opération césarienne pratiquée avec succès. *Tribune médicale*. Paris, 1898, 2^e s., p. 247.
- LEPAGE. — Opération césarienne conservatrice chez une femme à terme. *Comptes rendus de la Société d'obst., de gyn. et de péd. de Paris*, 1906, VIII, p. 177.
- De l'opération césarienne tardive. *Bull. méd.*, 1907, p. 476.
- LÉOPOLD. — Congrès d'Amsterdam, 1899.
- MARTIN. — Trois opérations césariennes. *Revue médicale de Normandie*. Rouen, 1900, p. 285.
- OVION. — De l'opération césarienne pratiquée en temps d'élection. *Association française pour l'avancement des sciences*, 1899, p. 721.
- PERRIGAULT ET LAUMONNIER. — Contribution à l'histoire de l'opération césarienne. *Concours médical*. Paris, 1884, p. 536.
- PINARD. — *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1897, 3^e s., XXXVIII, p. 9.
- *Comptes rendus de la Société d'obst., de gyn. et de péd. de Paris*, 1907, p. 175.
- POTOCKI. — Opération césarienne pour rupture imminente de l'utérus. *Ann. de gyn. et d'obst. de Paris*, 1906, 2^e s., p. 261.
- TARNIER ET BUDIN. — Traité de l'art des accouchements. Tome IV. Article : Césarienne.
- VANVERTS. — Deux opérations césariennes. *Journal des sciences médicales de Lille*, 1888 ii, p. 251.
- VÉRON. — *Bull. de la Soc. d'obst. de Paris*, 1903, p. 338.

